

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

199

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 mars 1896 à 1 heure

PAR

Henri AUBRY

Ancien interne des Hôpitaux de Nantes

Ancien aide d'Anatomie à l'Ecole de Médecine

Lauréat de l'Ecole de Nantes (1891, 1893, Prix Marcé, 1895)

NÉ A SAINT-HERBLON (LOIRE-INFÉRIEURE) LE 14 DÉCEMBRE 1870

DU

SARCOMES DIFFUS

DE LA

MUQUEUSE UTÉRINE

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, professeur.
ALBARRAN, agrégé.
HARTMANN, agrégé.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

199

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 mars 1896 à 1 heure

PAR

Henri AUBRY

Ancien interne des Hôpitaux de Nantes

Ancien aide d'Anatomie à l'Ecole de Médecine

Lauréat de l'Ecole de Nantes (1891, 1893, Prix Marcé, 1895)

NÉ A SAINT-HERBLON (LOIRE-INFÉRIEURE) LE 14 DÉCEMBRE 1870

DU

SARCOME DIFFUS

DE LA

MUQUEUSE UTÉRINE

Président : M. GUYON, *professeur*.

Juges : MM. { HUTINEL, *professeur*.
ALBARRAN, *agrégé*.
HARTMANN, *agrégé*.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

PARIS

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETFERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON EXCELLENT MAITRE

M. LE DOCTEUR VIGNARD

Professeur suppléant à l'École de Médecine de Nantes.
Chirurgien suppléant des Hôpitaux.

A MES PREMIERS MAITRES

M. LE SUPÉRIEUR ET MM. LES PROFES-
SEURS DU COLLÈGE D'ANCENIS

A MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE
MÉDECINE DE NANTES

A MM LES CHIRURGIENS ET MÉDECINS DES
HOPITAUX DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Officier de la Légion d'honneur

Membre de l'Institut.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0039

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été inspirée par notre excellent maître, M. le Docteur Vignard, qui, ayant eu l'occasion, il y a quelques années, d'observer un cas très net de sarcome diffus de la muqueuse utérine, nous a fait entrevoir le vif intérêt que présenterait l'étude de cette affection encore peu connue, et nous a engagé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Il ne semble pas en effet que cette variété de sarcome utérin ait attiré beaucoup jusqu'ici l'attention des auteurs ; quelques-uns ne la mentionnent que pour mettre en doute son existence, et voici en particulier ce que dit à son sujet M. le Docteur Delbet, dans le traité de Chirurgie de Duplay et Reclus : « En somme, les fibro-sarcomes de l'utérus ne sont guère que des fibromyomes transformés. Dans ce qu'on a décrit sous le nom de sarcome de la muqueuse, il y a incontestablement beaucoup d'épithéliomes et de métrites chroniques. Aussi, sans nier absolument que le sarcome puisse se développer dans l'utérus comme ailleurs, je

pense que cela arrive très rarement, et qu'il est impossible pour le moment de donner une description du sarcome de l'utérus. »

En entreprenant l'étude du sarcome diffus de la muqueuse utérine, nous n'avons point la prétention d'en donner une histoire complète et définitive, mais nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile de rassembler quelques documents de nature à éclairer ce point encore obscur de la gynécologie ; ce n'est que par l'accumulation des faits que l'on peut arriver à ce résultat et à c'est ce point de vue que nous nous sommes placé.

Mais, avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier très sincèrement notre cher maître, M. le Docteur Vignard, de la bienveillance qu'il nous a témoignée lorsque nous avons l'honneur d'être son interne, et de l'obligeance qu'il a mise à nous diriger dans nos recherches et la rédaction de notre travail.

Nous sommes heureux d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur Malherbe, Directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes, pour les excellents conseils qu'il nous a prodigués pendant le cours de nos études médicales.

Nous remercions aussi de leur enseignement éclairé MM. les professeurs Heurtaux et Guillemet ; nous apprécions vivement l'avantage d'avoir été leur élève.

Que M. le professeur Guyon daigne agréer l'hommage de notre sincère et respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

En terminant enfin, nous ne devons pas oublier notre excellent collègue et ami, Paul Bureau, à qui nous devons les deux figures qui se trouvent à la fin de ce travail.

HISTORIQUE

A l'époque où la classification des tumeurs était uniquement basée sur leurs caractères macroscopiques et cliniques, c'est-à-dire avant l'application du microscope à l'étude des tissus, on appelait *sarcomes de l'utérus* presque toutes les tumeurs de cet organe ; et il est tout naturel qu'on les ait ainsi dénommées, puisque le mot *sarcome* (*sarcoma*, σαρκωμα, de σαρξ, *chair ou muscle*), loin d'avoir la signification restreinte qu'il possède aujourd'hui, servait alors à désigner d'une façon générale toutes les tumeurs d'apparence charnue ; la plupart de celles de l'utérus (fibromes, polypes, sarcomes proprement dits, etc.), présentant cet aspect à un haut degré, cette expression leur convenait donc tout spécialement. Dans les écrits des anciens auteurs, il est en effet fréquemment question de sarcomes de l'utérus, dans le sens d'excroissances charnues ou polypiformes, et, pour n'en donner qu'un exemple, nous citerons une curieuse observation de Joly, publiée en 1766, dans le *Journal de Médecine*,

de *Chirurgie et de Pharmacie*, et intitulée : *Mémoire sur un sarcome polypeux et squirrheux dans la matrice*. Malgré l'âge de la malade (45 ans), il ne s'agissait très probablement que d'une môle hydatiforme.

Il faut arriver jusqu'au milieu de ce siècle pour trouver dans la littérature médicale des observations bien authentiques de sarcome de l'utérus. Si la possibilité de la transformation des fibro-myomes utérins en tumeurs malignes n'était pas ignorée, si en particulier elle avait été admise par Wenzel (1816) et Valentin (1837), la confusion qui régnait alors était encore trop grande pour que l'on puisse attacher quelque importance aux documents publiés à cette époque. Ce fut en 1845 que Lebert, après avoir eu le mérite d'établir les caractères du sarcome fuso-cellulaire, qu'il appelait tumeur fibro-plastique, et qu'il séparait nettement du cancer proprement dit, rapporta le premier, avec préparations microscopiques à l'appui, l'histoire d'un cas de sarcome de l'utérus.

Il est plus que probable que la tumeur décrite, 12 ans plus tard, par Hutchinson, devant la *Société pathologique de Londres*, (1857), sous le nom de *fibrome récidivant*, *recurring fibroid*, était un sarcome de l'utérus. Il est absolument certain que dans un autre cas, rapporté l'année suivante devant la même Société, par Callender, et désigné de la même façon, il s'agissait d'un sarcome utérin ; car un examen microscopique attentif de la tumeur présentée par ce chi-

rurgien démontra clairement qu'il avait eu affaire à un sarcome à cellules fusiformes avec métastases dans différentes parties du corps.

Un autre cas de sarcome de l'utérus, nettement spécifié comme tel, fut un polype, du volume du poing, que C. Mayer présenta à la *Société obstétricale de Berlin* en 1860, et au sujet duquel Virchow écrivit une notice pathologique.

La même année, Langenbeck rapportait un cas d'inversion d'un utérus sarcomateux.

Rokitansky (1861) admet que les combinaisons du sarcome avec le fibrome de l'utérus sont assez fréquentes; Paget, dans ses *Leçons de Pathologie chirurgicale*, (1863), rapporte à son tour plusieurs exemples de *fibromes récidivants* de l'utérus, et en rapproche certaines tumeurs ayant une structure analogue à la moelle des os qu'il nomme *myeloid tumors*.

C'était donc une opinion généralement admise que les fibromes utérins peuvent se transformer en sarcomes; toutefois certains auteurs se prononçaient nettement contre la possibilité d'une telle dégénérescence, et parmi eux nous devons citer Safford Lee (1847) et surtout Cruveilhier (1844 et 1856). Ce dernier s'exprime ainsi: « Les corps fibreux utérins peuvent-ils devenir cancéreux? Non, mille fois non; à ce point que, lors même que l'utérus tout entier subirait la dégénérescence cancéreuse, le corps fibreux resterait inaltérable. »

West (1864) reprend les deux cas de sarcome de l'utérus publiés par Hutchinson et Callender, et en donne une histoire clinique plus complète dans ses « *Leçons sur les Maladies des femmes* ».

La question des sarcomes de l'utérus n'eut cependant pas une place bien définie dans la pathologie utérine jusqu'à l'apparition du « *Krankhaften Geschwülste* » de Virchow, en 1865, important travail dans lequel cet auteur montra la possibilité de la transformation des fibromes en sarcomes et décrivit avec beaucoup de soin le sarcome de la muqueuse utérine. C'était la première fois que cette dernière variété de sarcome utérin était étudiée : « D'après mes observations, le sarcome de la muqueuse utérine est aussi très rare. Cependant, il peut s'y présenter primitivement avec la forme médullaire, difficile à reconnaître, souvent très molle et à cellules rondes, quelquefois avec tous les caractères du myxo-sarcome..... Les cas que j'ai observés, ne faisaient pas, sauf un, partie de la série des polypes, mais consistaient plutôt *en infiltrations étendues de la membrane muqueuse*, au-dessous desquelles l'utérus s'était notablement hypertrophié vers le haut, et avait donné lieu à des hémorrhagies profuses. »

En 1867, G. Veit consacra à cette affection une partie d'un chapitre de son ouvrage sur les maladies des femmes, et décrivit trois cas personnels, dont un de sarcome du col, le premier qui ait été signalé.

Trois ans plus tard (1870), Gusserow, dans les « *Archiv für Gynakologie* », publia un important mémoire sur les sarcomes de l'utérus. D'après lui, on peut, au point de vue anatomique et clinique, distinguer deux formes de sarcome de l'utérus : le fibro-sarcome, et le sarcome diffus de la muqueuse utérine. Le fibro-sarcome forme des tumeurs plus ou moins molles, arrondies, circonscrites, lesquelles, émanant du parenchyme utérin, sont, tout comme les fibromes purs, ou bien sous-muqueux, ou sous-séreux, ou encore interstitiels. « Sous le nom de sarcome diffus, on comprend depuis Virchow une néoplasie émanant du tissu conjonctif de la muqueuse utérine, qui est constituée, le plus souvent, par des cellules rondes, petites, serrées, rarement par des cellules fusiformes, et qui offre une infiltration de la muqueuse extraordinairement molle et friable. Cette néoplasie ou bien se manifeste par places isolées, par des nodosités, ou bien est étendue plus régulièrement à toute la muqueuse. » C'est surtout depuis la publication de Gusserow que la littérature gynécologique commença à s'enrichir de nombreuses observations.

Hégar (1871) écrit un article sur le sarcome de l'utérus, dont il fournit neuf observations, et donne une excellente description de la structure histologique de ce néoplasme. Après lui, tous les gynécologues éminents d'Allemagne publièrent des observations, et parmi eux, nous devons citer : Winckel (1872), Spie-

gelberg (1872), Chrobak (1872), Léopold (1873), Paul Grenser (1874), Ahlfeld (1875), Scanzoni, Müller, Fehling, Freund (1877), Jacobash (1881), Klebs (1889), Kleinschmidt (1891), etc.

En 1876, une thèse remarquable est soutenue devant la Faculté de Zurich par Rogivue, sur les sarcomes de l'utérus, dont il peut fournir cinquante-six cas ; depuis nous trouvons celles de Reunert (1886), Rothweiller (1886), Ritter (1887), Seeger (1891), soutenues devant la Faculté de Berlin.

En Angleterre, Simpson (1875) étudie de son côté la question des sarcomes de l'utérus ; John Clay (1877), dans un mémoire sur le sarcome diffus de la muqueuse utérine, fait remarquer que le diagnostic entre cette dernière affection et l'endométrite hyperplasique est particulièrement difficile ; Alban Doran (1890) constate la transformation sarcomateuse dans 6 cas sur 205 fibro-myomes.

Grâce à ces nombreux travaux, la question des sarcomes de l'utérus s'élucidait peu à peu ; la plupart des auteurs des Traités de Gynécologie, dans le chapitre concernant les tumeurs malignes de l'utérus, consacraient un article spécial au sarcome de cet organe. Parmi eux, qu'il nous suffise de citer : Schröder, Emmet, Hart, Thomas.

En France, la question du Sarcome de l'utérus ne semble pas avoir, autant qu'à l'étranger, attiré l'attention des gynécologues ; nous n'avons rencontré, dans

la littérature médicale de notre pays, qu'un nombre relativement restreint d'observations se rapportant à cette affection. Par contre, le premier cas vraiment indiscutable de sarcome utérin qui ait été publié, l'a été par un Français, Lebert, ainsi que nous l'avons déjà dit, sous le nom de *tumeur fibro-plastique de l'utérus*.

Ch. Robin, devançant Virchow, fit faire un nouveau pas à la question, en caractérisant une des formes du sarcome, le sarcome à cellules rondes, qu'il appelait tumeur embryo-plastique.

Péan (1877) présente à l'Académie de Médecine une tumeur de cette nature ayant envahi la totalité de la muqueuse utérine ; son observation, très complète, est un exemple remarquable de sarcome diffus de la muqueuse.

Nous trouvons en 1881 quatre nouveaux cas de sarcome de l'utérus publiés par Nicaise, Raymond, Terrier, Davezac ; il s'agit cette fois de fibro-sarcomes.

Quelques années plus tard, Terrillon s'occupe spécialement de ce sujet ; on peut dire qu'aucun auteur, en France, n'a cherché plus que lui à éclaircir ce point encore obscur de la pathologie utérine.

De Sinéty et Pozzi, dans leurs Traités de Gynécologie, consacrent un chapitre spécial au sarcome de l'utérus.

En 1888, M. Vignard publie une très intéressante observation de sarcome intra-pariétal de l'utérus ;

après lui nous pouvons citer Largeau (1889), Chibret (1890), Villeneuve (1892), Aslanian (1894), Ozenne (1894).

Laurent (1894), d'accord avec la plupart des auteurs, admet lui aussi la possibilité de la transformation du fibro-myome en sarcome, et en donne une observation personnelle. Mais ce processus de dégénérescence, rendu évident par les faits cliniques, n'avait pas été démontré d'une façon irréfutable au point de vue histologique ; c'est M. le docteur Pilliet qui a eu le mérite de combler cette lacune. Grâce à d'excellentes préparations microscopiques, cet auteur a pu suivre pas à pas les différentes phases de cette transformation en tumeur maligne ; il a pu assister au début même de l'apparition du sarcome, début qui, d'après lui, se ferait toujours dans l'endothélium des vaisseaux. Ajoutons que c'est en grande partie sur ces faits qu'il a étayé sa théorie de l'origine vasculaire du sarcome.

La question du sarcome de l'utérus, après de si nombreux travaux, devrait être, semble-t-il, complètement élucidée ; et cependant, si certaines formes sont aujourd'hui bien connues, il en est d'autres qui ne le sont encore que très imparfaitement, comme nous le verrons plus loin.

Nous aurons achevé, croyons-nous, de mettre en évidence l'incertitude qui règne encore sur ce sujet,

lorsque nous aurons ajouté que, depuis quelques années, la description d'une nouvelle et curieuse affection de l'utérus est encore venue compliquer l'étude du sarcome utérin. Les notions que nous possédons sur le *déciduome malin* sont en effet de date toute récente, et nous ne croyons nullement déplacé, dans un chapitre consacré à l'histoire du sarcome de l'utérus, d'exposer aussi, brièvement tout au moins, celui d'une affection que quelques auteurs appellent *sarcome déciduo-cellulaire*. Il n'entre assurément pas dans notre pensée d'assimiler entièrement l'une à l'autre ces deux variétés de néoplasme, mais plusieurs raisons légitiment encore à nos yeux leur simple rapprochement. Il n'est pas douteux que l'on ait souvent pris autrefois pour du sarcome des tumeurs que nous diagnostiquerions aujourd'hui déciduome; nous n'en voulons pour preuve que l'observation de Polk, rapportée plus loin, et qui nous paraît à cet égard absolument démonstrative. D'un autre côté, de nouvelles recherches sont encore indispensables pour établir définitivement l'entité clinique et anatomique distincte de cette singulière affection.

La connaissance du déciduome malin, en France, ne date guère que de la publication du remarquable Mémoire de MM. Nové-Josserand et Lacroix, en 1894; c'est en Allemagne qu'il fut tout d'abord étudié. La première observation est due à Mayer et parut en 1878; elle fut complétée plus tard par Hégar, dans une com-

munication au IV^e Congrès allemand de Gynécologie (1891).

Mais, ainsi que le fait remarquer Nové-Josserand, c'est à Säger (1889) que revient le mérite d'avoir le premier nettement vu, à propos d'un cas observé par lui, qu'il s'agit là de tumeurs très spéciales, dont les caractères histologiques et cliniques sont suffisamment nets pour qu'il soit permis d'en faire une classe à part à côté des tumeurs malignes ordinaires de l'utérus, et des tumeurs déciduales bénignes avec lesquelles elles étaient confondues jusqu'alors.

En 1890, Pfeifer publie à son tour un cas de déciduome ; la même année, Chiari en fournit trois nouveaux exemples.

En 1891, nous trouvons un cas de Müller ; en 1893, un de Gottschalk, et un autre de Löhlein.

Il n'existait donc encore dans la science que 9 observations de déciduome malin lorsque, en 1894, MM. Nové-Josserand et Lacroix, à l'occasion d'un cas très analogue observé dans le service du professeur Fochier, à Lyon, entreprirent l'étude de cette nouvelle variété de néoplasme, et exposèrent, dans un mémoire qui eut un grand retentissement, les résultats de leurs recherches. Un si petit nombre d'observations ne leur permit évidemment pas d'élucider tous les points de l'histoire du déciduome, mais ils eurent le mérite d'en tracer les grandes lignes, et donnèrent une si bonne description des symptômes que, quelque temps

après, Hartmann put faire un diagnostic précis sans examen microscopique.

A ces 10 observations du Mémoire de MM. Nové-Josserand et Lacroix vinrent s'ajouter dans la suite : 1 fait de Kœttnitz (1893), 2 de Schmörl (1893), 2 de Menge (1894), 1 de Zweifel (1894), 1 de Paviot (1894), 1 de Hartmann (1894), 1 de Klein (1894) ; en tout 19 cas.

C'est en s'appuyant sur ces 19 observations, et en y ajoutant un cas personnel que Jeannel, dans une communication au Congrès français de chirurgie de 1894, reprend l'histoire du déciduome, et cherche à son tour à démontrer que ce dernier n'est point un sarcome vulgaire de l'utérus, mais bien une variété de sarcome, c'est-à-dire de néoplasme d'origine mésodermique développé aux dépens d'une cellule spéciale et bien caractéristique, la cellule déciduale de la grossesse. « En fait, on pourrait presque dire que la caduque et la sérotine sont de véritables néoplasmes physiologiques transitoires, capables, sous une influence pathogène qui nous échappe, de devenir l'origine d'un néoplasme pathologique et définitif, bénin parfois, malin le plus souvent ».

La thèse de Beach (*Du déciduome malin*), parue la même année, n'apporte aucun fait nouveau.

Les recherches auxquelles nous nous sommes livré nous ont permis de constater qu'il avait été publié depuis cette époque 4 nouveaux cas de déciduome

malin : un par Perske (A) (1894), un autre par Tannen (1894), un troisième par Bacon (1895), enfin un dernier par R. Kuppenheim (1895). Si l'on consent à admettre comme un cas de déciduome l'observation de Polk (1881), rapportée plus loin, il s'ensuit qu'il existe actuellement dans la science 25 observations seulement de déciduome malin.

LIMITATION DU SUJET

Dans l'étude qui va suivre, nous ne nous proposons pas de traiter d'une façon générale toute la question du sarcome de l'utérus, non seulement parce que cela nous obligerait à dépasser les limites du cadre restreint que nous nous sommes tracé, mais aussi parce que quelques-unes des formes de cette affection sont aujourd'hui bien connues et à l'abri de toute contestation.

L'exposé historique qui précède nous a déjà permis de faire cette constatation que la plupart des observateurs sont d'accord pour diviser le sarcome de l'utérus en deux grandes variétés :

1^o Le sarcome circonscrit, ou interstitiel ou intrapariétal, prenant naissance dans la musculature utérine ;

2^o Le sarcome de la muqueuse, développé aux dépens de cette dernière.

Nous pourrions peut-être y ajouter une troisième variété, le *déciduome malin*, dont il vient d'être ques-

tion. Mais ce genre de néoplasme n'est pas encore définitivement classé, et, si par certains côtés, il paraît se rapprocher du sarcome utérin, il faut reconnaître que ses caractères cliniques et histologiques ont une physionomie toute particulière. En quoi consistent-ils en effet ? D'après Nové-Josserand, le déciduome a pour caractère d'être en relation intime avec la grossesse et de se développer toujours après un avortement ou un accouchement à terme. La plupart des déciduomes rappellent par leurs symptômes les tumeurs du corps de l'utérus : on pense à une délivrance incomplète, à une métrite post-partum ; mais la maladie s'aggrave et la mort survient au bout d'un laps de temps qui varie de 6 à 8 mois, le plus souvent avec une généralisation dans divers organes et particulièrement dans les poumons. Au point de vue clinique, le déciduome malin est donc une tumeur très maligne, puisqu'il fait des métastases et tue rapidement. A l'autopsie on trouve une tumeur qui a envahi la paroi utérine et a détruit plus ou moins profondément sa musculature. Elle est constituée par de grosses cellules qui ont une grande analogie avec les cellules de la caduque ; les noyaux de généralisation ont la même structure.

Le plan de notre travail ne comporte pas l'étude de cette affection ; elle a été faite par des auteurs très compétents, et nous ne pourrions y apporter aucune observation personnelle. Nous avons exposé l'histori-

que de la question : c'est tout ce que nous devons faire.

L'existence du *sarcome circonscrit*, appelé par les uns fibro-sarcome ou sarcome fibreux, par les autres fibrome récidivant ou fibrome sarcomateux, est aujourd'hui un fait absolument établi, aussi certain que celui de l'existence du cancer proprement dit ; et, réunis pour proclamer l'indiscutable fréquence de ce néoplasme utérin, les auteurs ne sont divisés que lorsqu'il s'agit d'en préciser le mode d'origine. Peut-il naître d'emblée au milieu du muscle utérin, sans état pathologique antérieur, ou bien n'est-il pas constitué le plus souvent, toujours même, par un fibro-myome ayant subi la dégénérescence sarcomateuse ? Telle est la question que l'on s'est posée et qui n'est pas encore résolue ; ajoutons qu'elle n'est sans doute pas encore à la veille de l'être ; car, si d'un côté, on a pu observer nettement, prendre sur le fait, la transformation des fibromes, comme dans les cas de Müller, Thornton, Simpson, Kurz, von Jacubash, Raymond, Laurent, von Kallhden, etc. si en particulier Pilliet a pu la démontrer d'une façon irréfutable en assistant à son début même et en décrivant les phénomènes initiaux de ce processus de dégénérescence, d'un autre côté, on comprend qu'il sera toujours difficile de prouver que tel sarcome circonscrit, considéré comme ayant pris naissance d'emblée dans le parenchyme utérin, ne s'est pas en réalité développé aux dépens d'un fibrome

peut-être de petit volume, ayant passé jusque-là inaperçu. Il est évident qu'à *priori* rien n'empêche d'admettre que le sarcome puisse se développer primitivement dans le muscle utérin, et ce fait aurait été observé (Terrillon, Laurent, etc.) ; nous ferons toutefois remarquer que la seconde hypothèse rend compte du plus grand nombre des faits, et que la plupart des auteurs (Schröder, Pözzi, Delbet, etc.) se rangent à l'opinion déjà ancienne d'après laquelle, dans la grande majorité des cas tout au moins, le sarcome interstitiel de l'utérus résulterait d'un fibrome dégénéré.

Cette première variété de sarcome de l'utérus étant aujourd'hui bien connue et pour ainsi dire classique, nous ne nous en occuperons pas.

Quant au *sarcome de la muqueuse*, il a été moins étudié. Il peut se présenter sous deux aspects différents, tantôt sous l'apparence de *polype*, tantôt sous forme d'*infiltration diffuse ou en nappe* intéressant la totalité de la muqueuse utérine. Ce sont là deux types bien distincts et nettement caractérisés.

Le premier se développerait de la façon suivante : le sarcome, ayant envahi primitivement la muqueuse en un seul point, a végété librement dans la cavité de l'utérus et s'est développé sous forme d'une masse saillante et bientôt pédiculée. Virchow, qui avait surtout bien vu la forme diffuse, a signalé cependant un

cas de ce genre : « Les cas de sarcome de l'utérus que j'ai observés n'étaient pas, *sauf un*, polypiformes. » Gusserow en parle également : « Dans ces derniers temps, le nombre des observations se rapportant à cette variété de néoplasme (le sarcome de la muqueuse) a beaucoup augmenté, y compris les cas où la production sarcomateuse n'est pas, à proprement parler, diffuse, mais plutôt polypiforme, et se présente sous forme de nodosités isolées de la muqueuse, de sorte que cette forme n'a pas toujours été nettement séparée dans les descriptions de la forme ci-dessus décrite. »

Les recherches que nous avons faites relativement à la fréquence de ce sarcome polypiforme de la muqueuse nous ont permis de constater que cette tumeur n'était pas très rare ; il en a été publié un assez grand nombre d'observations. Mayer (1860) en décrit un cas ; Thomas Smith en rapporte un curieux exemple observé chez une petite fille de 3 ans ; von Jacobash en cite 3 cas personnels ; Terrillon n'hésite pas à le séparer nettement du sarcome diffus, et il ajoute : « Souvent pris pour des polypes fibreux plus ou moins altérés, ces polypes sarcomateux ont été souvent enlevés avec succès. Mais la récurrence qui survient quelque temps après, montre qu'ils diffèrent du polype fibreux ordinaire. » Whitridge Williams, dans un récent mémoire sur le sarcome de l'utérus, est aussi lui d'avis qu'il faut établir une distinction entre ces

deux formes : « Le sarcome de la muqueuse se présente soit sous forme d'infiltration diffuse de la muqueuse, soit sous forme de tumeurs circonscrites qui ont une tendance à prendre la forme de polypes. »

On peut conclure de ce qui précède que le sarcome de la muqueuse à forme de polype est actuellement assez bien connu. Il ne présente d'ailleurs rien de très particulier ; ses caractères ne sont pas assez nettement tranchés pour légitimer une étude et une description spéciales ; on peut dire que sa physionomie clinique se rapproche beaucoup de celle du fibrosarcome ; sa symptomatologie, son pronostic, son traitement sont à peu de chose près les mêmes que pour le précédent. On est d'autant plus autorisé à rapprocher cliniquement ces deux variétés qu'il est probable que, dans certains cas, le sarcome utérin, primitivement interstitiel, se transforme en un véritable polype, en se portant de plus en plus vers la cavité utérine, et en finissant par s'y pédiculiser.

Nous nous demandons si cette forme n'a pas été parfois confondue avec le déciduome malin. Nous avons en effet rencontré plusieurs observations, où cette erreur de diagnostic paraît évidente. Qu'il nous suffise de citer la suivante, de Polk (1881), intitulée : *Diagnosis of sarcoma of the uterus*.

« Une femme, entre 30 et 35 ans, vint réclamer mes soins, à *Bellevue Hospital*, en septembre dernier. Sa santé avait été bonne jusqu'au mois de juin

précédent, époque à laquelle elle fit un avortement, la grossesse étant de trois mois, pense-t-elle. Tout alla bien jusqu'au moment de ses règles suivantes, qui furent extrêmement profuses. La malade étant donc entrée à l'Hôpital pour s'y faire soigner, je lui dilatai le canal cervical, introduisis le doigt dans l'utérus, et enlevai ce qui paraissait être un caillot partiellement organisé d'une structure analogue à celle du placenta, car j'étais bien persuadé qu'il s'agissait de cela en effet. Ayant déjà observé un certain nombre de cas semblables, qui avaient tous guéri, je n'hésitai pas à dire à mes confrères que la malade serait bientôt guérie ; mais la menstruation suivante fut encore abondante, et celle d'après absolument profuse. Alors en examinant la malade, je trouvai que la masse néoplasique s'était reproduite, et qu'il s'agissait d'un sarcome, siégeant sur la paroi postérieure de l'utérus, près du fond de l'organe. Si l'examen microscopique avait été fait dès la première fois, un diagnostic exact aurait pu être établi, et une erreur de pronostic évitée ; mais l'histoire de cette malade étant l'histoire habituelle des rétentions de placenta, et l'aspect de la masse enlevée étant identique à celui d'un fragment de placenta longtemps retenu dans la cavité utérine, l'idée ne me vint pas à l'esprit qu'il pût s'agir d'autre chose. Un point particulièrement intéressant était ce fait, qu'au toucher, l'intérieur de l'utérus ne différait en rien de ce qu'il est quand

une portion de placenta y est restée adhérente. »

Dans une autre observation, due à Brown (1880), il nous a semblé qu'il devait encore s'agir d'un déciduome.

Nous laisserons donc de côté cette première forme de sarcome de la muqueuse, c'est-à-dire le polype sarcomateux, pour nous occuper uniquement de la seconde, l'*infiltration diffuse ou en nappe*, qui nous paraît beaucoup plus intéressante à tous égards : d'abord, elle a une physionomie spéciale, absolument distincte de celle de toutes les autres formes de sarcome utérin ; c'est ensuite une affection très rare, dont nous n'avons trouvé qu'un petit nombre d'observations dans la science, et c'est pour cela que le fait même de son existence a été mis en doute ou rejeté par quelques auteurs ; — enfin, cette infiltration en nappe de la muqueuse utérine par une néoplasie maligne, infiltration localisée à cette membrane, à l'exclusion des autres tuniques de l'organe qui restent indemnes, au moins pendant longtemps, ne paraît avoir son équivalent dans aucun autre point de l'économie, et, à ce titre, elle mérite, croyons-nous, de fixer l'attention.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie du sarcome diffus de la muqueuse utérine, comme celle de toutes les tumeurs malignes en général, est très obscure. Nous ne savons que très peu de choses des influences qui peuvent favoriser l'apparition de ce néoplasme chez telle femme plutôt que chez telle autre. Il suffit de lire nos observations pour se rendre compte de l'incertitude qui règne encore sur ce point.

Et cela ne doit pas nous surprendre, si nous réfléchissons à l'extrême rareté de cette forme diffuse du sarcome utérin ; certains auteurs, ne l'ayant jamais observée malgré une pratique chirurgicale très longue, se demandent même si elle existe réellement, et sont presque tentés, comme nous l'avons vu, de la rayer du cadre des affections utérines. Son existence ne peut cependant être mise en doute, puisque nous en avons réuni douze observations ; mais c'est là un chiffre fort peu élevé qui, non seulement démontre bien que l'affection qui nous occupe est loin d'être

fréquente, mais encore explique pourquoi nous manquons de données précises relativement à son étiologie. Le sarcome diffus de la muqueuse est beaucoup plus rare que les autres variétés de sarcome utérin : sarcome interstitiel ou fibro-sarcome, sarcome à forme de polype ; il est infiniment moins fréquent que le cancer proprement dit de l'utérus, épithéliome ou carcinome.

Parmi les causes susceptibles de favoriser sa production, l'âge nous paraît jouer un rôle bien évident : c'est un point sur lequel nous désirons attirer tout spécialement l'attention, parce que c'est un des plus intéressants dans l'histoire du sarcome diffus de la muqueuse utérine. En effet, sur 12 cas, 10 fois il s'agissait de femmes ayant dépassé 50 ans ; une seule fois, la femme était encore jeune, 26 ans ; une autre avait 45 ans. Comme on le voit, cette variété de sarcome utérin ne serait donc pas, ainsi que le dit Pozzi, une maladie des femmes jeunes, mais plutôt une maladie des femmes ayant dépassé la ménopause âgées de plus de 50 ans en général, quelquefois de 60 ou même davantage. Quénu, se basant sur des tableaux de Gross et de Schwartz, fait observer que le sarcome s'attaque de préférence aux organes, au moment où ils jouissent de leur activité formatrice ou fonctionnelle. Cette proposition est peut-être vraie d'une façon générale ; en tout cas, elle ne saurait s'appliquer au sarcome diffus de la muqueuse utérine, qui apparaît

habituellement après la ménopause, et se distingue en cela du déciduome malin, qui est une affection de la période d'activité sexuelle de la femme.

Les femmes qui ont eu des enfants sont-elles plus sujettes que les multipares à contracter l'affection que nous étudions ? Voyons quels renseignements nous fournissent à cet égard nos observations. Sur 12 femmes, 8 avaient eu des accouchements antérieurs, quelques-unes même 8 et 10 ; 2 étaient mariées, mais n'avaient pas eu d'enfants ni de fausses couches ; une n'était pas mariée et n'avait pas d'enfant. Si nous nous en rapportons uniquement à ces chiffres, il semblerait que le sarcome de la muqueuse utérine atteint de préférence les femmes qui ont eu des enfants ; mais le nombre de nos observations est trop restreint pour nous permettre de nous prononcer dans un sens plutôt que dans l'autre, et de nouvelles statistiques sont indispensables pour faire la lumière sur ce point.

Certaines causes locales, telles que métrites, avortements, accidents infectieux d'origine puerpérale ou autre, etc. peuvent probablement favoriser le développement du néoplasme utérin en modifiant la structure de la muqueuse, en préparant en quelques sorte le terrain : « Tout changement de structure d'un organe ou d'une portion d'organe, dit Quénu, y crée une prédisposition au néoplasme ; toute irritation favorise et développe cette même prédisposition. » On peut

donc présumer que ces accidents locaux ont une influence très réelle dans certains cas, et l'on devra toujours les rechercher dans les antécédents morbides des malades. Ils ne sont signalés dans aucun des 12 cas que nous avons réunis ; la plupart des femmes qui font le sujet de nos observations avaient toujours eu une menstruation régulière, et joui d'une bonne santé habituelle avant l'apparition des premiers symptômes du sarcome utérin. Nous nous demandons toutefois si, dans les cas où l'évolution de celui-ci paraît avoir été exceptionnellement longue, 8 ans (Terrillon), 20 ans (Péan), etc. il n'y a pas eu primitivement des lésions de métrite chronique ayant préparé la dégénérescence sarcomateuse.

Quand à l'hérédité, son influence est trop obscure pour que nous risquions à son sujet même une simple hypothèse.

La cause immédiate ou prochaine du sarcome de la muqueuse utérine, comme du sarcome en général, est encore, à l'heure actuelle, absolument inconnue. Et comme ce n'est pas ici le lieu de discuter la théorie du Conheim ou celle de la nature microbienne des productions sarcomateuses, nous ne nous arrêterons pas plus longtemps à cette question.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. Examen macroscopique.

Avant d'entrer dans les détails des faits qui caractérisent, au point de vue de l'anatomie pathologique, le sarcome diffus de la muqueuse utérine, indiquons brièvement sous quelle apparence se présente en général un utérus envahi par cette variété de néoplasme, lorsqu'on peut l'examiner à loisir, par exemple après son extirpation par l'hystérectomie abdominale totale. Il constitue une tumeur de forme régulière, arrondie ou plus souvent ovoïde, sans inégalités ni bosselures à sa périphérie ; le péritoine le recouvre et lui donne un aspect brillant, lisse et uni ; sa coloration et son volume donnent à première vue l'illusion d'un utérus gravide, renfermant un produit de conception de cinq, six mois ou davantage. Sur une coupe, on voit : 1° une paroi, nettement divisée en deux couches, dont l'une, l'externe, présente tous les caractères du muscle uté-

rin normal, tandis que l'autre, plus ou moins épaisse, suivant les points où on l'examine, est constituée par un tissu gris blanchâtre, d'aspect médullaire, de consistance molle et friable ; 2° une cavité plus ou moins vaste, quelquefois remplie d'un liquide sanguin, et limitée par une surface irrégulière, sur laquelle on aperçoit des bosselures, des nodosités plus ou moins volumineuses, plus ou moins saillantes.

Tel est l'aspect macroscopique général d'un utérus envahi par le genre de néoplasme que nous étudions en ce moment ; un fait très intéressant le caractérise et lui imprime un cachet tout spécial : c'est la localisation de l'infiltration sarcomateuse à la muqueuse de l'organe, les autres tuniques paraissant échapper au processus destructeur, ou n'étant du moins envahies que très tard.

Mais ce tableau esquissé à grands traits serait insuffisant ; reprenons en détail et essayons de préciser chacun des points de la description générale qui précède.

Nous étudierons dans l'utérus sarcomateux : 1° sa *configuration extérieure* ; 2° l'*aspect qu'il présente sur une coupe*.

(A) CONFIGURATION EXTÉRIEURE

Le volume de la tumeur constituée par l'utérus néo-

plasique est variable, mais il est ordinairement assez considérable, quelquefois énorme ; il peut égaler celui des plus gros fibromes ou celui d'un grand kyste de l'ovaire. Dans le cas de Doléris, un de ceux où les dimensions de la tumeur paraissent avoir été les plus faibles, l'utérus mesurait cependant quatre fois le volume d'un utérus ordinaire ; dans celui de Péan, la tumeur remplissait tout l'abdomen, et remontait jusqu'à l'épigastre ; enfin, dans celui de MM. les docteurs Joüon et Vignard, la mensuration de la tumeur donnait 27 cent. de long sur 25 de large, et cela après évacuation du liquide très abondant qu'elle contenait.

Le poids varie naturellement dans les mêmes proportions : dans le dernier cas que nous venons de citer, la tumeur, vide sang, pesait 3 kilog. ; elle en pesait 8 dans celui de Terrillon.

La couleur est d'un rouge foncé ; elle est due à la présence du muscle utérin, qui forme autour du néoplasme une enveloppe ininterrompue.

La consistance est en général ferme et résistante ; lorsqu'il existe, dans la cavité centrale, une accumulation de liquide, hématomètre ou pyomètre, la tumeur présente une fluctuation profonde.

L'utérus, distendu et hypertrophié par le néoplasme, conserve néanmoins, absolument comme dans la grossesse, une forme régulière : celle-ci peut être globuleuse, spéroïdale, ou bien ovoïde, à petite extrémité

dirigée en bas ; dans une des observations, on la compare à celle d'une grosse poire.

La surface externe de la tumeur est constamment uniforme ; elle ne présente nulle part, soit des nodosités, soit des bosselures plus ou moins volumineuses ; c'est donc le contraire de ce qui s'observe très souvent dans le sarcome interstitiel où le néoplasme soulève plus ou moins le péritoine, et peut même devenir entièrement sous-péritonéal.

Le péritoine recouvre la tumeur dans toute sa partie supérieure ; il lui adhère intimement et lui donne un aspect lisse et uni ; on peut voir ramper sous le feuillet séreux ou le traverser, des vaisseaux plus ou moins volumineux, comme dans un utérus gravide ; dans le cas de Péan, ils étaient particulièrement dilatés.

L'utérus hypertrophié ne présente pas d'adhérences avec les organes voisins, l'épiploon ou la paroi abdominale. On n'observe aucun signe d'inflammation, pas d'ascite en particulier.

De chaque côté, on voit les trompes, les ovaires, et leurs ligaments restés sains ; on peut seulement les trouver hypertrophiés dans certains cas ; les ligaments larges, en particulier, peuvent être beaucoup plus développés qu'à l'état normal ; ils sont parcourus par de gros vaisseaux, les vaisseaux utéro-ovariens, se dirigeant vers la tumeur. L'envahissement secondaire de ces organes par le néoplasme n'est signalé dans aucune de nos observations.

Le col utérin conserve le plus souvent son apparence normale ; son intégrité a été notée par Terrillon, Doléris, Coleman, Scheffer, etc. Ménière a trouvé l'orifice externe complètement atrésié. Dans l'observation de MM. Joüon et Vignard, le col avait disparu. « L'examen de la surface externe ne montra nulle part une apparence de col, intact ou sectionné. Cependant à peu près vers le milieu de la surface qui représente la section du pédicule, on voit une petite surface lisse, arrondie, du diamètre d'une pièce d'un franc. »

(B) ASPECT QUE PRÉSENTE UNE COUPE DE LA TUMEUR

Une coupe de la tumeur présente à étudier : 1° *une paroi* 2° *une cavité*.

I. PAROI

La paroi elle-même est constituée par trois couches, qui sont, de dehors en dedans : (a) le *péritoine* ; (b) une *enveloppe musculaire* ; (c) une *couche néoplasique*.

(a) *Péritoine* : La séreuse péritonéale a paru normale dans tous les cas ; elle est lisse, nacrée, brillante, sans brides, ni adhérences la fixant à des organes voisins ; elle n'est même pas épaissie, et ne mérite pas de retenir plus longtemps notre attention.

(b) *Enveloppe musculaire.* — Un caractère constant de celle-ci, c'est d'entourer complètement le néoplasme, de sorte que le tissu sarcomateux n'est en aucun point en rapport avec le péritoine ; de plus, elle est toujours hypertrophiée et elle l'est au point de mesurer, dans les cas extrêmes, 4 et 5 centimètres d'épaisseur ; celle-ci d'ailleurs peut varier suivant les points que l'on examine ; vers les parties inférieures, par exemple, elle peut être assez considérable, et se réduire de plus en plus à mesure que l'on approche du fond, ou vice versa. Signalons un autre caractère très fréquent de la couche musculaire, c'est l'absence de tout état morbide apparent ; elle peut rester saine, bien qu'en contact immédiat avec une néoplasie maligne ; sa couleur rougeâtre, son aspect fasciculé, sa consistance ferme ne diffèrent en rien de ce qu'ils sont dans le tissu utérin normal ; on n'y remarque aucun point de dégénérescence, aucune traînée blanchâtre indiquant une infiltration du parenchyme musculaire par des éléments de nouvelle formation.

La seule particularité que l'on puisse observer, mais qui n'existe que dans les tumeurs ayant acquis un gros volume, c'est la présence de larges sinus veineux au milieu des faisceaux musculaires. Dans un cas, celui de Péan, il s'était développé dans l'épaisseur de cette couche un kyste assez volumineux, à surfacé lisse, renfermant environ 4 à 5 litres d'un liquide franchement sanguin, avec peu de caillots fibri-

neux. La ligne de démarcation entre les deux couches, néoplasique et musculaire, a souvent paru très nette. « Sur les coupes perpendiculaires à la paroi utérine, il est très facile de délimiter à l'œil nu la membrane interne, malade, épaissie, de la paroi musculaire. Celle-ci est restée intacte. » (Obs. de Doléris). Péan avait fait la même remarque. « Par un examen ultérieur, je pus m'assurer que la couche interne était séparable des couches musculaires périphériques. » Cette disposition était surtout frappante dans le cas de MM. Joüon et Vignard : « Ces deux couches sont séparées l'une de l'autre avec la plus grande netteté par un tissu conjonctif lâche, vasculaire, qui permet de les séparer sans effort. Nulle part sur la coupe, il ne paraît y avoir confusion entre les deux couches, envahissement du tissu musculaire par le tissu néoplasique. » Or, dans ce cas, qui était un exemple typique de sarcome diffus de la muqueuse, le début de l'affection remontait à une dizaine d'années ; il était également très ancien dans les cas de Terrillon, Péan, etc. ; on doit donc en conclure que le sarcome de la muqueuse a une tendance naturelle à rester localisé à cette membrane, n'envahissant le muscle utérin qu'exceptionnellement, et à une époque très tardive.

(c) *Couche néoplasique* — La couche interne ne présente plus aucune trace de la muqueuse utérine ; celle-ci a totalement disparu pour faire place à un tissu néoplasique qui, par sa couleur gris blanchâtre

ou gris rosé, sa mollesse et sa friabilité, rappelle la substance cérébrale ou certains cancers dits encéphaloïdes. Ce tissu forme une couche partout continue, mais d'épaisseur inégale ; si l'on cherche à apprécier celle-ci par des coupes pratiquées en divers points, on constate qu'elle varie de quelques millimètres aux endroits les plus minces à 2, 3, 4 centimètres au niveau des nodosités les plus saillantes. — La surface de section présente çà et là des points ecchymotiques et de petits foyers de ramollissement et de nécrose.

II. CAVITÉ

La cavité, unique, plus ou moins spacieuse, quelquefois très vaste, comme dans les cas de MM. Joüon et Vignard, Péan, Terrillon, etc. offre à considérer : 1^o *une surface interne* ; — 2^o dans la moitié des cas, *un contenu*.

(1) *Surface interne*. — Elle présente constamment un aspect très particulier ; au lieu d'être plane et unie comme celle d'une cavité utérine normale, elle est extrêmement irrégulière ; elle est recouverte, dans toute son étendue, de masses mamelonnées, de grosses bosselures, séparées par des sillons et des dépressions. Ces proéminences, dont le volume peut atteindre et même dépasser celui d'un gros marron, représentent des proliférations de la couche interne,

que nous avons décrite précédemment; elles sont également constituées par un tissu mou, blanchâtre, lisse à la coupe, présentant tous les caractères du tissu sarcomateux. Elles ont, en général, un large point d'implantation, et présentent peu de tendance à se pédiculiser; quelques-unes affectaient cependant cette dernière disposition dans le cas de Terrillon.

Cette surface interne, gris blanchâtre ou gris rosé dans son ensemble, peut avoir par places un aspect ecchymotique. « Ça et là, on voit nettement des vaisseaux très superficiels, quelques-uns rompus, ce qui donne à la surface interne un aspect ecchymotique, et ce qui explique le contenu hématique de la tumeur. » (Obs. de MM. Joüon et Vignard). Dans le cas de Doleris, « les proéminences étaient infiltrées par places, à l'intérieur aussi bien qu'à la surface, de nappes apoplectiques plus ou moins étendues. On observait quelques ecchymoses récentes, superficielles, et en certains points des plaques de sphacèle peu étendues. Cet aspect ecchymotique s'explique d'une façon très simple; par suite de la multiplication indéfinie des éléments sarcomateux, les vaisseaux du néoplasme sont eux-mêmes, au bout d'un certain temps, envahis, obstrués, et finalement détruits. C'est là un processus habituel dans l'évolution de ces tumeurs, et il a été bien mis en relief par M. Pilliet, dans son étude sur la dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes (Th. de Costes, 1895). Trois conséquences

immédiates découlent de ces oblitérations vasculaires: des hémorrhagies abondantes, signalées par tous les observateurs, hémorrhagies qui s'expliquent d'autant mieux que les vaisseaux du néoplasme, n'ayant que des rudiments de parois, sont dépourvus de toute espèce de rétractilité; l'existence de plaques ecchymotiques à la surface de la couche sarcomateuse et de petits foyers hémorrhagiques dans l'épaisseur de son tissu; enfin, la nécrose par places des productions sarcomateuses, d'où fétidité des écoulements dans certains cas. Les portions sphacélées du néoplasme tombent dans la cavité utérine, et se mélangent au contenu sanguin qui, comme nous le verrons, y existe assez souvent. « La cavité utérine, énormément dilatée, contenait en quantité extrêmement considérable des concrétions fibrineuses et des masses fongueuses, friables et ramollies, de couleur gris brunâtre, qui rendaient le contenu si épais qu'il ne pouvait s'écouler par le trocárt. » (Obs. de Péan).

Quelquefois le tissu sarcomateux prolifère avec une telle exubérance qu'il arrive presque à remplir la cavité utérine, comme dans le cas de Coleman.

Outre des débris sphacélés, on remarque souvent sur la surface interne des caillots fibrineux, qui peuvent être abondants, surtout dans les cas d'hématomètre, et former une véritable couche, facile d'ailleurs à détacher.

La nappe sarcomateuse, en se développant et en

proliférant de plus en plus à la surface interne de l'utérus, ne tarde pas à obturer complètement les orifices tubaires, sans pénétrer toutefois dans l'intérieur des conduits qui leur font suite. Comment se comporte-t-elle au niveau de l'orifice interne du col ? Tantôt elle est interrompue en ce point, tantôt elle ne présente pas la moindre solution de continuité, et passe comme un pont au-dessus de ce qui aurait été l'orifice interne du canal cervical, transformant ainsi la cavité utérine en une cavité close, dans laquelle la production d'une collection liquide, hématomètre ou pyomètre, est dès lors facile à comprendre. Mais faut-il attribuer uniquement à l'obturation du col par les produits morbides le développement de tous les cas d'hématomètre coexistant avec un sarcome diffus de la muqueuse utérine ? Nous examinerons cette question tout à l'heure.

(2) *Contenu.* — La rétention d'un liquide sanguin dans la cavité utérine en cas de sarcome diffus de la muqueuse est un phénomène relativement fréquent ; elle paraît spéciale à l'affection que nous étudions, et en constitue un des côtés les plus intéressants. L'*hématomètre* est en effet noté quatre fois dans nos observations — celles de MM. Joüon et Vignard, Péan, Terrillon, Fafius ; le pyomètre, une fois — observation de Ménière. Nous nous demandons s'il n'existait pas aussi un léger degré d'hématomètre dans le cas de M. Doléris ; quoique l'auteur ne le signale pas expres-

sément, on est autorisé à le supposer à la façon dont il s'exprime : « L'orifice du col est étroit, à peine entr'ouvert, mais permet cependant l'introduction du cathéter. On constate alors que l'utérus est notablement agrandi, que sa cavité mesure 10 centim. Il y a en même temps *écoulement d'un liquide sanguin, fétide, et surtout très abondant.* » D'ailleurs, dans cette observation, le début de l'affection n'était pas très ancien, et en admettant qu'il n'y ait pas eu en réalité d'hématomètre, on pourrait peut-être expliquer l'absence de celui-ci en disant que la nappe sarcomateuse, n'ayant pas eu le temps de proliférer jusque-là beaucoup, n'en était pas encore arrivée au point d'obturer complètement l'orifice interne du col. Dans les cas de Coleman et de Scheffer, le début de l'affection était également récent, et l'on pourrait peut-être encore fournir la même explication de l'absence d'hématomètre. Dans celui de Whitridge Williams, l'histoire clinique manque. Hâtons-nous de dire d'ailleurs que nous n'avons pas l'intention d'établir comme règle générale et constante l'existence d'une rétention de liquide dans l'utérus en cas de sarcome diffus de la muqueuse. Le trop petit nombre d'observations publiées jusqu'ici ne permet pas de porter sur ce point un jugement définitif. On conviendra cependant que si la coexistence d'un hématomètre ou d'un pyomètre avec un sarcome diffus a pu être observée 6 fois sur 12 observations, ce fait constitue pour le moins une par-

ticularité très curieuse que nous devons signaler, et nous ne croyons pas émettre une opinion hasardée en disant qu'il doit certainement exister des rapports entre le développement d'un sarcome diffus de la muqueuse, et l'apparition ultérieure d'un hématomètre. Nous ferons en outre remarquer que c'est dans les cas les plus nets et les plus typiques que cette complication a été notée.

L'abondance du liquide contenu dans la cavité centrale du néoplasme peut être considérable ; on en jugera par les chiffres suivants : Terrillon retire 13 litres en deux ponctions successives de la tumeur ; dans le cas de MM. Joüon et Vignard, la ponction de la tumeur, avant son ablation, donne issue à 6 à 7 litres de liquide ; enfin, Péan retire une première fois 15 litres de liquide, et une seconde fois, au moment de l'opération, une quantité aussi considérable. C'est la rétention d'une telle quantité de liquide qui contribue, dans une large part, à donner à ces variétés de tumeur l'énorme volume qu'elles présentent parfois.

Voyons maintenant quelle est en général la nature de ce liquide, quel est son aspect habituel ? C'est le plus souvent un liquide hématique, plus ou moins épais, de couleur plus ou moins foncée ; il renferme des caillots fibrineux grisâtres, et des caillots sanguins noirâtres plus ou moins récents ; dans ce liquide flottent aussi des masses fongueuses, des portions sphacélées du néoplasme, des détritits informes, qui

lui communiquent une odeur fétide, et le rendent moins fluide. Dans le cas de Ménière, il s'écoula environ 200 à 250 gr. d'un liquide muco-purulent, légèrement teinté de sang, peu odorant.

Quelle est l'origine du sang accumulé dans la cavité utérine ? Il provient du néoplasme lui-même. Nous avons vu que le sarcome diffus de la muqueuse est le plus souvent très vasculaire, et qu'il a même quelquefois un aspect téléangiectasique ; nous avons vu en outre que, par suite de la production active et indéfinie de nouvelles cellules sarcomateuses, les vaisseaux, représentés par de simples fentes que limitent des cellules embryonnaires, sont eux-mêmes envahis, oblitérés, détruits ; le sang peut alors s'écouler librement, et il s'écoule d'autant plus abondamment que ces vaisseaux, n'ayant pas de parois propres, distinctes, ne sont nullement rétractiles.

Par quel mécanisme se produit la rétention de liquide dans le sarcome diffus de la muqueuse utérine ? C'est la question que nous nous sommes posée il y a un instant, et qu'il nous reste maintenant à étudier. Dans l'observation de Terrillon, on se rendait immédiatement compte de la cause qui avait produit l'hématomètre : c'était l'obturation complète de l'orifice interne du col par la nappe sarcomateuse ; et c'était bien là l'unique cause, puisque le col était normal et qu'il n'existait pas d'atrésie du canal cervical. Voici en effet ce que dit Terrillon : « La cavité utérine était unique,

et séparée de celle du col par une masse épaisse, qui correspondait exactement à l'orifice interne du col. » Et plus loin, en commentant ce cas : « Chez cette femme, l'orifice interne du col était seul oblitéré, et la lésion, limitée à la muqueuse du corps, avait laissé intacte la muqueuse intra-cervicale. Aussi le col n'avait subi, ni dans sa longueur, ni dans sa structure, aucune lésion, si ce n'est un peu d'hypertrophie musculaire. » Dans l'observation MM. Joüon et Vignard, le col était effacé, mais l'orifice externe n'était pas atrésié ; il était seulement obturé par la couche sarcomateuse, qui ne présentait en ce point aucune solution de continuité. « En ce point également, on voit à la coupe que la paroi n'a qu'une faible épaisseur, et qu'elle est presque uniquement constituée par la couche interne ou sarcomateuse, qui passe comme un pont au-dessus de ce qui aurait été l'orifice utérin. »

Voilà donc deux faits où le mécanisme indiscutable et nettement démontré en vertu duquel s'est développé l'hématomètre a été uniquement l'obturation du col par la nappe sarcomateuse elle-même.

Mais en est-il toujours ainsi ? Ne pourrait-on pas invoquer d'autres causes, capables d'agir tout aussi efficacement ? L'atrésie du col utérin, par exemple, expliquerait très bien également la production d'un hématomètre. Or ce phénomène de l'atrésie du col ne se voit pas seulement à la suite de cautérisations trop énergiques ; on le voit aussi survenir assez fréquem-

ment chez les vieilles femmes, sans que rien puisse l'expliquer, si ce n'est la cessation des fonctions de l'organe. Et précisément dans nos observations, il s'agit presque toujours de femmes ayant dépassé 50 ans. Qu'un sarcome diffus vienne à se développer dans un utérus dont le col est ainsi atrésié, l'apparition d'un hématomètre n'aura rien qui doive nous surprendre. Mais alors, dans ce cas, remarquons que l'atrésie a préexisté au sarcome ; or, dans nos observations, les choses se sont-elles passées de cette façon ? Nullement ; nous y voyons en effet que l'affection s'est d'abord révélée par des hémorrhagies, des écoulements séreux ; le canal cervical n'était donc pas oblitéré, puisque le sang et les produits de sécrétion pouvaient s'écouler librement. Mais, dira-t-on, si l'atrésie n'a pas précédé l'apparition du néoplasme, elle a pu se produire pendant l'évolution de ce dernier, et son influence, bien que se produisant plus tardivement, a été tout aussi réelle. Rien ne contredit formellement cette hypothèse ; mais nous ferons d'abord remarquer qu'il n'existait aucune trace de cette disposition du col dans les cas de Terrillon et de MM. Joüon et Vignard, malgré la date déjà lointaine du début de l'affection ; — d'un autre côté, si l'atrésie du col s'explique à merveille dans un utérus soumis depuis quelques années à un repos fonctionnel complet, on voit moins bien comment elle se produirait dans un utérus néoplasique, laissant s'écouler constamment par le canal

cervical un liquide le plus souvent fort abondant, sanguin ou séreux.

En résumé, la théorie attribuant, dans certains cas, la rétention de liquide dans la cavité utérine à une obturation du col par le néoplasme, est la seule actuellement démontrée. Celle de l'atrésie du col, que celle-ci soit d'origine sénile ou consécutive à des cautérisations, n'a rien d'in vraisemblable, mais elle n'est pas encore appuyée sur des faits probants.

État des ganglions. — Les ganglions voisins de l'utérus échappent pendant un temps assez long à l'envahissement néoplasique ; leur engorgement n'est signalé que dans deux observations, celle de Terrillon (ganglions prélobaires), et celle de Mènière (ganglions de l'aîne).

II. Examen microscopique.

Les caractères histologiques du sarcome diffus de la muqueuse utérine ne diffèrent pas sensiblement de ceux du sarcome des autres régions ; il peut être à cellules rondes ou à cellules fusiformes. Dans une de nos observations, l'examen histologique a été fait avec un soin tout particulier, au laboratoire de M. le professeur Malherbe, par M. le docteur Vignard, qui a eu l'obligeance de nous montrer ses préparations ; nous ne croyons pouvoir donner une meilleure idée

des caractères microscopiques du néoplasme que nous étudions qu'en reproduisant le compte-rendu de cet examen.

« Le tissu néoplasique est essentiellement constitué par des cellules dont les noyaux, franchement colorés en violet, sont surtout apparents, et présentent une forme arrondie ou ovale. Ces cellules, en quelques points, sont séparées les unes des autres par une assez grande quantité de substance amorphe : là, on peut constater qu'elles sont de forme variable, le plus souvent ronde ou ovale, quelquefois anguleuse ; là on peut voir aussi qu'elles possèdent peu de protoplasma relativement au volume du noyau. Dans la plus grande partie du tissu, les cellules sont tassées les unes contre les autres, la substance intercellulaire a disparu, et le protoplasma même n'est plus visible. On n'aperçoit pour ainsi dire que des noyaux avec leur coloration violette intense. En certains points existent encore des vestiges du tissu conjonctif à cellules fusiformes qui, dans la muqueuse normale du corps de l'utérus, remplit les espaces interglandulaires. Les vestiges de tissu conjonctif plus adulte font ressortir avec plus de netteté la structure embryonnaire du reste de la néoplasie. Sur toutes les coupes que nous avons faites, il est facile de constater, au milieu du tissu embryonnaire, une grande quantité de fentes, de lacunes ramescentes, pour la plupart très étroites, dont quelques-unes contiennent

encore des globules sanguins. Ces lacunes sont limitées par les cellules embryonnaires elles-mêmes, ou bien ont des rudiments de parois, caractérisés par quelques noyaux aplatis ne formant même pas un revêtement continu. Dans les coupes des points qui sont en rapport avec la cavité utérine, les lacunes sanguines forment la majeure partie du tissu néoplasique, et l'abondance des globules sanguins donne à la préparation une coloration jaunâtre.

Nous avons recherché avec soin quelques vestiges des glandes utérines ou de l'épithélium qui tapisse normalement la muqueuse. Sur aucune des préparations nous n'en avons retrouvé trace.

Enfin notre examen a porté sur le tissu limite entre la production néoplasique et la paroi musculaire, hypertrophiée. Nous rappelons que, au point de vue macroscopique, il y avait entre les deux une distinction des plus nettes, la coloration, la consistance, l'aspect différents établissant une ligne de démarcation très tranchée. Nous rappelons encore qu'il était des plus faciles sur la pièce fraîche de séparer la masse néoplasique de son enveloppe musculaire; une couche mince de tissu conjonctif lamellaire étant interposée entre les deux facilitait grandement la dissection. Sur les coupes examinées au microscope, voici ce que nous avons constaté : d'une part le tissu néoplasique avec les caractères indiqués ci-dessus, d'autre part, le tissu musculaire avec ses fibres coupées en long,

obliquement, en travers et ses noyaux sinueux, allongés, caractéristiques. Entre les deux, une couche mince composée de faisceaux de tissu conjonctif et de vaisseaux à parois peu épaisses. Cette couche est envahie en certains points par des amas de cellules embryonnaires provenant du tissu néoplasique voisin, et groupés surtout le long des vaisseaux. Cet envahissement, dans les points examinés par nous, ne dépasse pas la couche intermédiaire de tissu conjonctif ; le tissu musculaire reste indemne, ce qui concorde avec les résultats de l'examen macroscopique.

Diagnostic histologique. — De l'examen qui précède on peut conclure à une dégénérescence sarcomateuse généralisée du tissu conjonctif de la muqueuse utérine, ce qu'on a appelé sarcome diffus de la muqueuse utérine. » (Dr Vignard).

Il s'agissait donc ici d'un sarcome à cellules rondes, ou sarcome globo-cellulaire ; il en était de même dans les cas de Terrillon, Doléris, Hooper ; on peut aussi observer des sarcomes à la fois globo et fusocellulaires (Péan, Coleman, Whitridge Williams, Hayden) ; dans le cas de Simpson, il n'y avait que des cellules fusiformes.

Le tissu néoplasique, dans le cas de M. le Dr Vignard, était très vasculaire ; on y pouvait constater la présence d'un très grand nombre de fentes, de lacunes,

contenant encore des globules sanguins. Cette particularité avait été également notée par d'autres observateurs. Coleman dit que le néoplasme examiné par lui renfermait tant de vaisseaux que l'on aurait pu penser à un angio-sarcome. Robin, qui pratiqua l'examen histologique de la tumeur enlevée par Péan, constata le même fait : « Le tissu morbide est remarquable, comme il arrive souvent dans les tumeurs de cette sorte, par son extrême vascularité capillaire, etc... »

Beaucoup de portions vascularisées sont infiltrées de petites cavités remplies par des caillots hémorrhagiques qui dissocient en quelque sorte le tissu et augmentent sa friabilité. » Le sarcome observé par Terrillon était rempli de vaisseaux dilatés et gorgés de sang. Comme nous l'avons vu, M. le Dr Vignard a noté que les vaisseaux du néoplasme, ou plutôt les lacunes qui les représentent, sont limitées par les cellules embryonnaires elles-mêmes ; elles n'ont que des rudiments de parois, constitués par quelques noyaux aplatis. Cette disposition particulière des vaisseaux peut être considérée comme un caractère très important, parce qu'elle permet de ne pas confondre le sarcome avec un autre néoplasme, un épithéliome, par exemple ; dans ce dernier, il existe également de nombreux vaisseaux ; mais ceux-ci sont situés dans le tissu conjonctif qui sépare les amas épithéliaux et possèdent des parois propres et distinctes.

Cette grande vascularité habituelle du sarcome dif-

fus de la muqueuse utérine contribue à expliquer les hémorrhagies abondantes signalées dans la plupart des observations.

En faisant l'examen macroscopique de la tumeur constituée par l'utérus néoplasique, nous avons vu qu'il existe le plus souvent une ligne de démarcation bien tranchée entre la couche sarcomateuse et le muscle utérin ; cette distinction est-elle aussi nette sous le champ du microscope ? Le tissu musculaire reste-t-il indemne, en réalité ? Ainsi qu'en témoigne le compte-rendu de l'examen histologique pratiqué par M. le Dr Vignard, cette distinction était, dans ce cas, des plus évidentes ; il n'existait aucune trace d'infiltration du tissu musculaire par le tissu néoplasique. La même particularité est signalée dans l'observation de Doléris : « La ligne de démarcation entre les tissus sarcomateux et musculaire est partout très nette et divise la paroi utérine en deux bandes ou zones indépendantes séparées par un espace clair et vide ;..... point de noyaux sarcomateux dans la zone musculaire. » L'envahissement de la tunique musculaire par le tissu sarcomateux n'existait pas davantage dans le cas de Péan ; il n'est pas noté non plus dans celui de Scheffer. Coleman n'observe que dans quelques points une légère infiltration du muscle par des cellules rondes. Or, dans plusieurs de ces observations, le début de l'affection était très ancien (Péan, Terrillon, Joüon et Vignard) ; on peut en conclure que la néoplasie

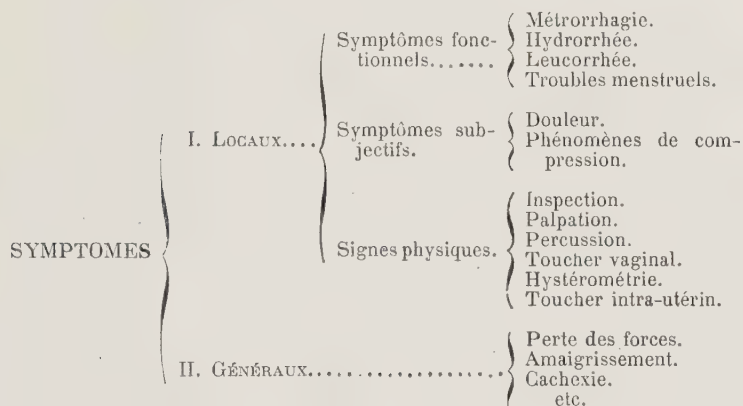
sarcomateuse peut pendant très longtemps rester confinée à la muqueuse ; peut-être même, dans certains cas, y reste-t-elle toujours localisée.

L'envahissement du tissu musculaire a cependant été observé ; mais, d'après Terrillon, il semble être l'exception. Whitridge Williams, l'a noté dans son cas : « Dans beaucoup d'endroits, on voit de petits faisceaux de muscle lisse, disséminés dans l'épaisseur du tissu sarcomateux, faisceaux qui augmentent de nombre et de volume, etc... » Dans les cas de Hayden et de Hooper, il existait sans doute aussi un début d'infiltration sarcomateuse du tissu musculaire.

Dans aucune de nos observations on n'a signalé l'existence d'épithéliome ou de carcinome en même temps que celle du sarcome. Terrillon dit qu'on peut voir quelquefois un mélange de sarcome et de myxome.

SYMPTOMES

Nous les diviserons comme il suit :



I. SYMPTOMES LOCAUX

(A) *Symptômes Fonctionnels*

1° *Métrorrhagie.* — Les métrorrhagies comptent parmi les symptômes les plus importants du sarcome diffus de la muqueuse utérine ; elles manquent rare-

ment et ce sont souvent elles qui mettent sur la voie du diagnostic. Lorsque chez une femme ayant dépassé la ménopause, jouissant d'une bonne santé générale, apparaissent, sans cause appréciable et quelquefois sans douleur, des métrorrhagies plus ou moins fréquentes, lorsque le toucher vaginal, pratiqué à ce moment, aura révélé l'intégrité du col utérin, on devra d'abord penser à une métrite, mais on aura aussi le droit de soupçonner un début de sarcome de la muqueuse utérine, et de diriger ses investigations dans ce sens. Les caractères de ces hémorrhagies utérines sont loin d'être constants : la quantité et la qualité du sang épanché peuvent varier dans des limites très étendues, et suivant la période où en est arrivée l'évolution du mal. Les pertes peuvent être si abondantes dans certains cas que les malades se plaignent, comme celle de Doléris, *d'être constamment dans le sang* ; d'autres fois, elles surviennent à intervalles irréguliers, plus ou moins éloignés, huit, quinze jours ou davantage. Elles peuvent alterner avec des écoulements séreux ou séro-sanguinolents que nous étudierons tout à l'heure. L'écoulement peut être franchement sanguin, constitué par un liquide très rouge, renfermant des caillots, ou être simplement de couleur rosée. Sans odeur au début, il devient quelquefois fétide au bout d'un certain temps ; il contient alors des débris du sarcome qui a subi superficiellement la dégénérescence graisseuse et le sphacèle.

Lorsque le néoplasme doit s'accompagner d'hématomètre, et nous avons vu que cette complication est loin d'être rare, les hémorrhagies cessent à un moment donné, et avec la disparition de ce symptôme coïncide une augmentation rapide du volume de la tumeur.

D'où proviennent ces hémorrhagies ? Du néoplasme lui-même. Nous avons vu que le sarcome diffus de la muqueuse est le plus souvent très vasculaire, et que quelquefois même il a un aspect télangiectasique (Terrillon, Coleman, Péan) ; nous avons vu en outre que, par suite de la production active et indéfinie de nouvelles cellules sarcomateuses, les vaisseaux sont eux-mêmes envahis, oblitérés, détruits. Le sang peut alors s'écouler librement, et il s'écoule d'autant plus abondamment que les vaisseaux dans lesquelles il circule, n'ayant pas de parois propres, distinctes, sont dépourvus de toute espèce de rétractilité.

2° *Hydrorrhée*. — Il est un autre trouble fonctionnel que nous devons aussi signaler parce qu'il est assez fréquent, c'est l'hydrorrhée ou écoulement séreux, rappelant un symptôme analogue des fibro-myomes. « L'hydrorrhée séreuse ou séro-sanguinolente abondante, dit Doléris, est un bon signe du sarcome diffus végétant, surtout chez les vieilles femmes. » Et en effet il est noté dans plus de la moitié des cas que nous avons réunis. « Il y a deux ans, la malade eut

pendant 3 mois des pertes en très grande quantité d'un *liquide clair comme de l'eau*, et son abondance était telle qu'il pouvait imbiber au moins une serviette en une nuit. Pas de pertes rouges pendant cet intervalle. « (Obs. de MM. Joüon et Vignard).

Simpson observe le même fait : « Pendant une quinzaine de jours, les métrorrhagies cessèrent, mais la malade eut alors un écoulement de nature aqueuse (*watery discharge*) très abondant; et après une dilatation du col, cette hydorrhée devint extrêmement profuse. » J. Clay dit aussi : « De temps en temps les pertes rouges cessaient pendant quelques jours, mais étaient alors remplacées par un écoulement de nature aqueuse, parfois si abondant qu'il nécessitait l'usage quotidien de plusieurs serviettes. » Doléris signale aussi cette particularité. On peut conclure de ces quelques citations que l'hydorrhée est un symptôme assez habituel du sarcome diffus de la muqueuse utérine, et qu'il y a en général alternance entre les métrorrhagies et les écoulements séreux. Que le liquide de l'hydorrhée ne soit pas toujours clair comme de l'eau, à cela rien d'étonnant, puisqu'il suffit qu'un léger suintement sanguin se fasse à la surface de la tumeur pour colorer plus ou moins ce liquide qui sera alors, suivant les cas, rosé ou rousâtre. Il présente parfois un aspect particulier qui l'a fait comparer à de l'eau de riz.

On peut se demander, de même que pour les mé-

trorrhagies, quel est le mode de production du liquide hydorrhéique. D'après Terrillon, le sarcome étant peu vasculaire au début, donnerait alors naissance à ce liquide; plus tard, il donnerait plutôt lieu à des hémorrhagies. Mais, ainsi que nous l'avons vu, les écoulements sanguins et séreux peuvent alterner, et cela pendant toute la durée de l'évolution du néoplasme; il faudrait alors chercher une autre explication de l'origine de l'hydorrhée.

3^o *Leucorrhée* ou *Ecoulement séro-purulent*. — Outre les hémorrhagies et l'hydorrhée, on peut aussi observer des écoulements leucorrhéiques ou séro-purulents. Ils peuvent se produire en même temps que les précédents, et en modifient alors les caractères; mais ils peuvent aussi exister seuls, du moins à certaines périodes; suivant toute vraisemblance, ils sont attribuables à des lésions concomitantes du col ou du vagin. Ce trouble fonctionnel est commun à trop d'affections utérines pour être caractéristique, ou même avoir quelque valeur au point de vue de la symptomatologie de l'affection qui nous occupe.

4^o *Troubles menstruels*. — Il nous est difficile d'établir quels sont les troubles apportés aux fonctions menstruelles par le développement d'un sarcome diffus de la muqueuse utérine; car dans la plupart de nos observations l'affection est survenue après la ménop-

pause; il existe toutefois quelques cas où elle est apparue avant cette époque. Nous voyons par exemple, dans l'observation de MM. Jotïon et Vignard, qu'entre 45 et 50 ans, les règles sont devenues très abondantes, duraient 7 à 8 jours, et apparaissaient même deux fois dans le même mois; dans le cas de D. Hooper, la femme n'avait que 26 ans; l'existence du néoplasme se révéla chez elle par l'abondance et l'irrégularité des règles; dans celui de Scheffer, les règles devinrent aussi plus abondantes et duraient plus longtemps.

Donc, irrégularité et ménorrhagies, tels sont les deux principaux troubles que présenterait la menstruation sous l'influence du néoplasme développé dans la muqueuse utérine.

(B) *Symptômes subjectifs*

1° *Douleur.* — La douleur accompagne fréquemment l'évolution du sarcome diffus de la muqueuse utérine; elle est notée dans la plupart de nos observations. Mais, si son existence est presque constante, ses caractères le sont beaucoup moins. Elle peut apparaître d'une façon précoce et constituer un des premiers symptômes du néoplasme; ce n'est pas le cas le plus habituel; elle se montre en général plus tardive-

ment ; quelquefois même l'utérus sarcomateux ne paraît causer de douleur que par son gros volume, et la compression qu'il détermine alors. L'intensité des phénomènes douloureux n'est pas moins variable que leur époque d'apparition : tantôt en effet les malades souffrent très peu pendant presque toute la durée de l'affection, tantôt au contraire les souffrances qu'elles éprouvent sont très vives, et c'est sur ce symptôme qu'elles attirent tout spécialement l'attention. La douleur peut être pongitive, lancinante (Fafius), ou bien avoir un caractère expulsif, et rappeler à la femme les douleurs de l'accouchement (Clay, Simpson) ; parfois elle consiste dans une sensation de gêne ou de pesanteur dans le petit bassin. Elle est habituellement localisée à la région hypogastrique, mais de là elle peut irradier en différents points : dans la région lombaire (Ménière), dans le dos, au niveau du sacrum (Scheffer), dans les membres inférieurs (Hayden).

2^o *Phénomènes de compression.* — Ils ne sont signalés que dans quelques cas seulement. On comprend d'ailleurs que, pour qu'ils se produisent, il faut que l'utérus sarcomateux ait déjà acquis un volume assez considérable ; ce sera donc surtout lorsqu'il existera une complication d'hématomètre ou de pyomètre qu'on les observera. Ces phénomènes de compression consistent dans :

1^o De la douleur ; nous venons de l'étudier.

2° Des troubles digestifs : perte d'appétit, malaise après les repas, digestion lente, constipation, etc.

3° De la dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen, indiquant une gêne de la circulation centrale, par compression de la veine cave inférieure.

4° Un peu de fréquence de la miction.

5° Enfin de l'oppression plus ou moins marquée, par suite du refoulement en haut du diaphragme par l'utérus néoplasique, extrêmement développé et hypertrophié. « La tumeur était devenue si volumineuse que je dus pratiquer (2 mois avant l'opération) une ponction pour arracher la malade à une suffocation imminente. » (Péan). Quinze litres de liquide furent retirés ; celui-ci se reproduisit rapidement, et la suffocation redevint extrême.

L'œdème des jambes n'a jamais été noté dans nos observations.

(C) *Signes physiques*

Ils sont fournis par :

1° *L'inspection*. — L'inspection de l'abdomen reste absolument négative lorsque le début de l'affection est encore récent, ou même lorsque l'utérus, bien qu'étant envahi depuis un certain temps déjà par le néoplasme,

n'est cependant pas très hypertrophié ; elle peut au contraire fournir quelques données intéressantes lorsqu'on a affaire à des tumeurs volumineuses, le plus souvent kystiques, ayant depuis longtemps franchi le détroit supérieur, et remplissant une grande partie de la cavité abdominale. On remarque alors que le ventre est développé d'une façon anormale, quelquefois énorme, autant que dans une grossesse à terme ; et il ne rappelle pas seulement celle-ci par son volume, mais encore par sa forme, car il est saillant en avant, comme chez les femmes enceintes et dans les kystes de l'ovaire. C'est donc le contraire de ce qui existe dans l'ascite. L'inspection permet en outre de constater que le ventre est symétrique ; elle peut faire découvrir des varicosités de la peau, une dilatation des veines sous-cutanées, etc.

2^o *La palpation.* — Avant d'y recourir, il sera bon, comme dans tous les examens de ce genre, de pratiquer l'évacuation de la vessie ; les sensations obtenues seront plus nettes.

De tous les moyens d'investigation, la palpation est, avec le toucher, un de ceux qui fournissent les renseignements les plus précieux au point de vue du diagnostic. En palpant l'abdomen avec méthode et douceur, on peut en effet reconnaître :

— l'existence d'une tumeur ; nous n'insisterons pas sur ce point, car il est évident que celle-ci ne

passera pas inaperçue pour celui qui a un peu l'habitude de ce procédé d'examen.

— sa forme ; celle-ci sera trouvée le plus souvent régulière, arrondie ou ovoïde, et donnera plus ou moins l'illusion d'un utérus gravide.

— son volume ; on pourra le déterminer d'une façon assez exacte ; dans les cas de Péan, de MM. Joüon et Vignard, on put s'assurer par le palper que la tumeur remontait jusqu'à l'appendice xyphoïde ; dans celui de Doléris, elle dépassait de 3 travers de doigt seulement la symphyse pubienne.

— la régularité ou l'irrégularité de sa surface ; on constatera le plus souvent que celle-ci est régulière, sans proéminences ni inégalités, absolument comme s'il s'agissait d'un utérus également développé dans tous ses points par la grossesse.

— sa consistance ; dans les cas d'hématomètre ou de pyomètre, on découvrira un signe physique très important, la fluctuation, la sensation de flot ou de choc en retour. « La tumeur donne tous les caractères de la fluctuation dans une poche très tendue. » (Obs. de Terrillon).

Les mains, appliquées à la surface de la tumeur, et l'explorant dans tous les sens, pourront déterminer approximativement son point d'origine ; on s'assurera qu'elle prend naissance dans le petit bassin en faisant glisser et pénétrer les extrémités des doigts entre cette tumeur et la ceinture pelvienne.

Enfin, la palpation abdominale pourra renseigner le chirurgien sur le degré de mobilité de l'utérus sarcomateux, l'existence ou le défaut d'adhérences, sur l'état des ganglions, etc.

3° La *percussion*. — La percussion dénote de la matité dans toute l'étendue de la tumeur ; elle permet de tracer d'une façon plus précise les limites de celle-ci. De même que dans les kystes de l'ovaire et contrairement à ce qui existe dans l'ascite, les flancs restent sonores ; on n'observe pas de variation dans les zones de matité et de sonorité, suivant le décubitus de la malade. Il en serait autrement si le néoplasme utérin s'accompagnait d'épanchement ascitique ; mais cette complication n'est notée dans aucune de nos observations.

4. *Le toucher vaginal*. — Les renseignements qu'il fournit varient suivant le degré de développement de l'utérus sarcomateux. Si celui-ci n'est pas encore très hypertrophié, on ne trouve aucune modification notable du col, tant au point de vue du volume et de la consistance, qu'au point de vue de la situation. Si l'on examine ensuite le corps de l'organe, en combinant au toucher le palper abdominal, on constate qu'il est plus ou moins augmenté de volume, quelquefois très développé ; que sa forme générale est conservée, que sa surface est régulière, dépourvue de saillies, de no-

dosités, que sa consistance est ferme, enfin qu'il est mobile, non adhérent aux organes voisins. L'exploration des culs-de-sac latéraux fait le plus souvent reconnaître l'intégrité des annexes.

Mais si l'utérus néoplasique en est arrivé à constituer une masse volumineuse, et dans ce cas, il y presque toujours rétention de liquide dans sa cavité centrale et distension énorme de celle-ci, le toucher perd de sa valeur comme moyen de diagnostic. Le développement progressif de l'organe ayant pour effet, comme dans la grossesse, de lui faire abandonner peu à peu l'excavation pelvienne et de le faire s'élever dans l'abdomen, les sensations obtenues par le palper seront sans doute plus nettes, mais en revanche les notions fournies par le toucher seront plus vagues et moins complètes. En effet, lorsqu'on pratique le toucher dans ces conditions, on constate que le petit bassin est vide, et que le col utérin est très remonté. « Par le toucher, on constate que le col est très élevé, immobilisé contre la symphyse. » (Obs. de Terrillon). C'est alors qu'il est surtout nécessaire de pratiquer l'examen bimanuel. Il sera très important de rechercher les connexions qui existent entre la tumeur abdominale, perçue par le palper, et l'utérus, dont le col se trouve très remonté; si l'on peut acquérir la certitude que la tumeur est intimement unie à l'utérus, qu'elle fait corps avec lui, ce renseignement sera très précieux au point de vue du diagnostic, car on pourra dès lors légiti-

mement penser que la première s'est développée aux dépens du second. On ne manquera pas, pour établir ce point si important, d'imprimer des mouvements à la tumeur abdominale, et de voir s'ils se communiquent au col utérin.

Celui-ci est parfois non seulement très remonté, mais presque effacé ; aussi, lorsqu'on pratique le toucher, on ne trouve rien au fond du vagin ; c'est ce qui existait chez la malade de MM. Joüon et Vignard.

En raison du fait même du soulèvement de l'utérus hypertrophié et de l'intégrité habituelle du col, l'examen au spéculum ne donnerait aucun renseignement ; il en serait de même du toucher rectal.

5. *L'hystérométrie.* — L'hystérométrie, pratiquée avec douceur, pourra rendre des services ; elle permettra de constater un agrandissement de la cavité utérine, et cette notion aura une grande valeur si l'on hésite entre un néoplasme utérin et une tumeur ovarienne. Dans les cas de Péan, de MM. Joüon et Vignard, etc., toutes les fois en un mot qu'il existait un hématomètre, le cathétérisme utérin aurait été évidemment impraticable.

6. *Le toucher intra-utérin.* — Parmi les symptômes et signes physiques que nous venons de passer en revue, il n'en est aucun qui soit réellement pathognomonique d'un sarcome diffus de la muqueuse utérine,

et si leur ensemble, nettement constaté, peut constituer une très forte présomption, presque une certitude, en faveur de l'existence de cette affection, il faut avouer cependant que le diagnostic resterait le plus souvent hésitant, si l'on n'avait recours à un autre moyen d'examen plus sûr dans ses résultats. Nous voulons parler du toucher intra-utérin, suivi de l'ablation d'une parcelle de la tumeur en vue d'un examen microscopique. On sera toujours autorisé à l'employer dans les cas embarrassants et difficiles; en affermissant un diagnostic douteux, il éclaire le chirurgien sur l'opportunité d'une intervention opératoire, et à ce point de vue, le pronostic en bénéficie autant que le diagnostic.

Pour pratiquer le toucher intra-utérin, il sera le plus souvent indispensable de dilater préalablement le col; le doigt, introduit ensuite dans la cavité utérine, constatera que la surface en est irrégulière, tapissée sur toute son étendue de bosselures plus ou moins volumineuses, molles, arrondies, et qu'il ne s'agit pas d'une tumeur circonscrite, à point d'implantation plus ou moins large. A l'aide d'une petite curette, il sera facile d'enlever un fragment du néoplasme, que l'on examinera ensuite au microscope. Doléris recommande formellement ce procédé d'examen pour arriver à un diagnostic précis.

Malheureusement, il sera quelquefois impossible de l'employer, soit qu'il existe une atrésie du col, soit

que celui-ci ait été obturé par le néoplasme. Aussi devons-nous reconnaître que, dans certains cas, le diagnostic de sarcome diffus de la muqueuse utérine ne sera qu'un diagnostic de probabilité.

II. SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

L'évolution du sarcome diffus de la muqueuse utérine ne s'accompagne, semble-t-il, pendant une assez longue période, que de phénomènes locaux, tels que métrorrhagies, hydorrhée, douleurs, etc. Les troubles de la santé générale apparaissent à une époque qui varie naturellement suivant les malades, mais en tout cas plus tardive que dans le cancer proprement dit de l'utérus. C'est un fait qui ressort de l'analyse de nos observations ; dans la plupart des cas, en effet, l'état général s'est maintenu satisfaisant pendant un laps de temps relativement long. 2, 3, 4 ans et davantage. Mais il arrive un moment où, sous l'influence de pertes incessantes, par suite de troubles digestifs, ou pour d'autres raisons qui nous échappent, on voit survenir une perte de l'appétit, de l'amaigrissement, une diminution progressive des forces, enfin une véritable cachexie. « L'appétit a diminué, et depuis six mois la malade a maigri considérablement ; elle a aujour-

d'hui un aspect cachectique très prononcé. » (Ob. de Doléris).

L'apparition de ces divers symptômes ne pourra que confirmer le diagnostic de tumeur maligne.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du sarcome diffus de la muqueuse utérine est le plus souvent très difficile ; nous pouvons même dire dès maintenant qu'il restera toujours douteux tant que l'examen histologique d'une parcelle du néoplasme n'aura pas décelé sa véritable nature. Les difficultés varient d'ailleurs suivant que le sarcome de la muqueuse *se complique ou non d'hématomètre*.

I. SARCOME SANS HÉMATOMÈTRE.

On peut le confondre dans ce cas avec les affections suivantes :

1° *L'épithéliome du corps de l'utérus*. — De toutes les affections utérines, c'est l'épithéliome du corps qui se rapproche le plus du sarcome de la muqueuse. Il

peut se présenter sous deux formes : tantôt il constitue une tumeur circonscrite, tantôt il intéresse la muqueuse dans sa totalité, et y détermine la production de végétations, de nodosités plus ou moins saillantes : c'est la forme diffuse, celle qui peut prêter le plus facilement à l'erreur. Voyons donc sur quoi nous pourrions nous baser, le cas échéant, pour différencier l'une de l'autre ces deux variétés de néoplasme.

Nous appuierons-nous sur l'étiologie ? Elle est extrêmement obscure dans les deux cas ; l'épithéliome du corps est, comme le sarcome de la muqueuse, une affection très rare, puisque Valat, dans sa thèse, n'a pu en réunir que 34 observations bien nettes ; il se développe, lui aussi, tardivement, son maximum de fréquence s'observant entre 50 et 60 ans.

Les caractères cliniques présentent par ailleurs trop d'analogie pour fournir les éléments d'un diagnostic différentiel : dans les deux cas, même début insidieux, même absence de phénomène bruyant pouvant faire soupçonner le début d'une grave affection ; plus tard, symptômes à peu près identiques. Par quoi se traduit en effet cliniquement l'épithéliome de corps ? Par des hémorrhagies constantes, plus ou moins profuses, survenant sans cause appréciable au milieu d'une bonne santé ; par des écoulements séro-sanguins ou séropurulents, des troubles menstruels, de la douleur, des phénomènes de voisinage, tels que troubles dans la miction ou la défécation. Or, nous avons noté tout

cela dans la symptomatologie du sarcome diffus de la muqueuse. Nous devons cependant signaler quelques différences : l'hydroporrhée, c'est-à-dire l'écoulement d'un liquide clair comme de l'eau, assez fréquente dans le sarcome, est exceptionnelle dans l'épithéliome ; celui-ci, de même que l'épithéliome du col, s'accompagne presque constamment de l'écoulement d'un liquide roussâtre, que l'on a comparé au bouillon ou au jus de viande, et dont l'odeur est horriblement fétide, insupportable ; un écoulement de cette nature se voit plus rarement dans le sarcome. Les caractères de la douleur sont aussi variables dans une affection que dans l'autre. L'analyse des signes physiques n'éclaire pas mieux le diagnostic que l'examen des troubles fonctionnels. Par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, on trouve dans les deux cas un utérus hypertrophié, mobile, de forme régulière, sans inégalités ni saillies à sa surface ; peut-être l'utérus épithéliomateux contracte-t-il plus facilement des adhérences avec les organes voisins, cessant alors d'être mobile comme à l'état normal ; peut-être trouve-t-on plus souvent dans son voisinage, dans les ligaments larges, par exemple, des ganglions engorgés ; peut-être son volume est-il moindre en général que celui d'un utérus sarcomateux. On peut observer tout cela, il est vrai, mais ce ne sont pas là de véritables caractères différentiels, et ce n'est pas sur de simples nuances que l'on peut asseoir un diagnostic précis.

Le toucher intra-utérin est, nous l'avons vu, un mode d'examen très précieux lorsqu'il s'agit de reconnaître l'état si particulier de la muqueuse envahie par le sarcome ; on pourra l'employer, mais il ne pourra renseigner d'une façon exacte sur la véritable nature du néoplasme ; et cela se comprend très bien puisque l'épithéliome peut affecter une forme diffuse, caractérisée, comme le sarcome, par des excroissances plus ou moins saillantes tapissant toute l'étendue de la surface interne. Il est vrai que ces excroissances ne présentent pas tout à fait les mêmes caractères dans les deux néoplasmes : dans le sarcome, ce sont des proéminences à base très large, des bosselures régulières et assez volumineuses, des nodosités bien arrondies, nous dirions volontiers des boursouflures de la paroi ; dans l'épithéliome, on observe plutôt des bourgeons très irréguliers, sans forme déterminée, moins développés que les bosselures du sarcome, mais plus nombreux, ce sont de véritables végétations, pédiculées pour la plupart et ayant une tendance à devenir poly-piformes ; par suite la paroi est anfractueuse, déchiquetée, extrêmement irrégulière. De plus, les excroissances de l'épithéliome sont dures au toucher, et friables, c'est-à-dire qu'elles s'effritent aisément sous le doigt ; le tissu sarcomateux est plus mou et plus élastique. Mais ces quelques signes différentiels sont incapables de donner autre chose qu'une simple présomption.

Comme il est impossible par ailleurs de prendre en considération, au point de vue du diagnostic, la marche de l'affection, puisque l'épithéliome du corps, plus lent dans son évolution que celui du col, peut durer trois ans en moyenne, le clinicien serait en définitive très embarrassé pour établir un diagnostic exact, s'il n'avait à sa disposition un moyen d'une incontestable valeur, nous voulons parler de l'examen histologique d'un fragment du néoplasme.

En effet, lorsqu'on hésitera entre un épithéliome et un sarcome, le microscope permettra presque toujours de résoudre la question. Nous ne disons pas : toujours, car Delbet prétend que « certaines variétés d'épithéliomes simulent les sarcomes à s'y méprendre. Ce sont des sortes d'infiltrations épithéliales diffuses qui ont l'air de noyaux embryonnaires. Il faut avoir des coupes excellentes et se servir de forts grossissements, pour reconnaître le caractère des cellules .» Nous nous en rapportons à l'autorité de cet auteur, mais ces cas doivent être exceptionnels.

Au début, la structure histologique de l'épithéliome du corps est assez caractéristique pour éviter toute erreur, car l'origine du néoplasme dans l'épithéliome des glandes est des plus faciles à constater. Mais plus tard, « les anciennes cavités glandulaires arrivent à être complètement remplies, obstruées, par des amas épithéliaux pleins, et elles représentent de véritables alvéoles carcinomateuses ; les parois glandulaires

ayant perdu peu à peu leur structure normale, les cellules épithéliales périphériques des alvéoles reposent directement sur du tissu conjonctif plus ou moins fibreux sans caractère propre et même sur du tissu musculaire lisse. Enfin les cellules épithéliales diffusent dans le tissu conjonctif et les coupes ont l'aspect bien connu de l'épithéliome infiltré » (Delbet). Le diagnostic peut alors être difficile ; il devient même très embarrassant dans les cas, rares il est vrai, où l'épithéliome n'est plus seulement infiltré, mais tout à fait diffus, constitué par des îlots de cellules, qui au lieu d'être encerclés par du tissu conjonctif, sont à l'état de diffusion au milieu des tissus ; d'après Delbet, on pourrait très bien, dans ces conditions, confondre les productions épithéliales avec du sarcome. La structure histologique de ce dernier présente cependant des caractères différentiels qui, croyons-nous, permettront dans la très grande majorité des cas, d'établir le diagnostic. Et d'abord la forme des cellules sarcomateuses est loin d'être aussi variée que celle des cellules épithéliales : les premières sont simplement rondes ou ovalaires, ou fusiformes ; les secondes n'ont aucun caractère morphologique précis ; les unes sont de grandes cellules cylindriques, telles que celles qui tapissent normalement les culs-de-sac glandulaires, les autres sont polyédriques, ovoïdes, plus ou moins allongées ; c'est précisément ce polymorphisme qui est spécial à l'épithéliome ;

avec un fort grossissement, il ne passera pas inaperçu. De plus, même lorsque l'épithéliome a pris l'aspect du carcinome, il persiste toujours un stroma fibreux, qui manque dans le sarcome. Dans ce dernier, on peut voir, comme creusées dans le tissu néoplasique, des fentes, des lacunes, plus ou moins larges, dans lesquelles circule le sang, et sur les préparations, on aperçoit encore des hématies dans leur intérieur. Ces lacunes, qui représentent le système vasculaire de la tumeur, sont limitées par les cellules embryonnaires elles-mêmes ; elles n'ont pas de parois propres. C'est là un caractère de la plus haute importance, qui ne se rencontre pas dans l'épithéliome ; dans celui-ci, en effet, on distingue des artères, des veines, des capillaires, qui cheminent dans les travées fibreuses constituant le stroma de la tumeur, et ces vaisseaux ont une paroi distincte, une forme arrondie. Les cavités que l'on peut observer dans l'épithéliome sont des restes de culs-de-sac glandulaires ; elles ne renferment pas de globules sanguins comme les lacunes du sarcome, et sont limitées par des cellules de forme variable, dont quelques-unes, celles qui constituent la couche profonde, conservent leur aspect cylindrique.

Enfin, il est rare que toutes les parties de l'épithéliome aient pris une apparence carcinomateuse, et si l'on fait des coupes en des points variés, on trouvera des endroits de formation récente offrant les caractères de l'épithéliome cylindrique.

Nous ferons remarquer que l'épithéliome reste beaucoup moins longtemps que le sarcome localisé à la muqueuse ; il envahit de bonne heure la tunique musculaire, et la détruit peu à peu. Ce caractère ne pourra être constaté que sur un utérus enlevé par l'hystérectomie, ou *post mortem*, mais nous devons le signaler. Il explique pourquoi les ganglions sont plus rapidement engorgés, pourquoi l'épithéliome se propage plus souvent que le sarcome aux organes du voisinage, ovaires, péritoine, intestin, etc.

Disons en terminant que lorsque l'utérus aura acquis un volume énorme, au point de remplir une partie de l'abdomen, comme dans plusieurs de nos observations, il ne pourra plus être question d'épithéliome.

2° *L'Epithéliome du col.* — Quant au cancer du col, on ne le confondra jamais avec un sarcome diffus de la muqueuse utérine ; si les troubles fonctionnels ont plus d'un trait commun dans les deux cas, par contre les renseignements fournis par le toucher et l'examen au spéculum, la marche rapide de l'affection, la déchéance précoce de la santé générale, caractériseront suffisamment l'épithéliome du col.

3° *L'Endométrite chronique végétante.* — Le sarcome diffus de la muqueuse est parfois aussi difficile à différencier de l'endométrite chronique végétante, à forme hémorrhagique, que du cancer du corps ; or, il

est cependant très important de faire un diagnostic précoce, puisque de la notion exacte de la cause du mal doit découler une conduite thérapeutique totalement différente pour chaque cas. Ce serait commettre une erreur très préjudiciable pour la malade que de prendre un sarcome pour une métrite, et ne pas faire une opération qui, exécutée de bonne heure, pourrait peut-être assurer une assez longue survie.

Cette métrite chronique est assez fréquente chez les femmes avancées en âge, et elle présente, avec de simples différences de degré, tous les signes fonctionnels du sarcome : métrorrhagies, écoulements séro-sanguins, ou leucorrhéiques, douleurs, etc. Souvent le toucher intra-utérin lui-même est incapable de renseigner sur la nature inflammatoire ou sarcômateuse des fongosités rencontrées dans l'utérus. Voici, en effet, d'après M. de Sinéty, ce qu'on peut observer dans la métrite chronique : « La muqueuse du corps utérin, considérablement épaissie, est rarement lisse. Elle se montre ordinairement hérissée de villosités, ou parsemée de granulations, de fongosités, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une framboise. Ces végétations siègent plus ordinairement sur la paroi postérieure. Elles arrivent à former des masses fongueuses, qui en se pédiculisant, constituent de véritables polypes. » Nous pourrions faire observer que les sensations perçues par le doigt explorant la cavité utérine, dans le cas de sarcome, ne sont pas tout à fait identi-

ques : il s'ent des saillies beaucoup plus volumineuses, des bosselures arrondies ; mais, au début, l'analogie peut être assez grande, et l'examen histologique des fongosités s'imposera pour quiconque voudra établir un diagnostic à l'abri de toute critique.

Les lésions microscopiques de la métrite chronique sont en général caractéristiques et faciles à différencier du sarcome. D'après Cornil et Brault, « les conduits glandulaires et les culs-de-sac sont généralement tapissés par une seule couche de cellules épithéliales cylindriques à plateau. Presque toutes possèdent leurs cils vibratiles. C'est là un fait remarquable que cette persistance des cils sur des glandes modifiées par l'inflammation chronique, »

La lumière des glandes et des culs-de-sac est habituellement libre, mais dans les métrites intenses, il n'est pas rare d'y rencontrer des cellules épithéliales desquamées ou même des cellules lymphatiques transsudées par diapédèse. Souvent aussi les conduits glandulaires contiennent du mucus.... A mesure que l'on se rapproche de la partie profonde de la muqueuse, le diamètre des glandes s'accroît dans une proportion considérable : il devient 2 à 3 fois plus grand, si bien qu'il semble y avoir de véritables petits kystes par dilatation des conduits ou des culs-de-sac glandulaires. »

En somme, c'est l'hypertrophie glandulaire qui caractérise surtout la métrite chronique ; le tissu sarco-

mateux ne présente rien de semblable. Mais d'après Delbet, il existerait des variétés de métrite interstitielle dans lesquelles les glandes s'atrophient, tandis que le stroma prend une structure tout à fait embryonnaire, et cet auteur s'appuie sur ce fait pour déclarer qu'il est très difficile d'affirmer un diagnostic de sarcome de la muqueuse. L'objection est très sérieuse, mais il nous semble cependant que celui-ci présente des caractères spéciaux, suffisants pour le faire reconnaître.

Nous ferons remarquer d'abord que ces variétés de métrites interstitielles avec atrophie des glandes ne constituent pas la forme commune, habituelle, de la métrite chronique, cette dernière forme étant caractérisée, comme nous venons de le voir, par une hypertrophie glandulaire et une dilatation des conduits et des culs-de-sac ; on ne se trouvera donc que rarement en présence des difficultés signalées par Delbet. De plus, lorsque l'on aura affaire à la forme interstitielle, c'est seulement avec le sarcome à cellules rondes que la confusion pourra être faite. La question du diagnostic différentiel se circonscrit donc de plus en plus, et se résume en définitive en ceci : entre une métrite chronique, avec tissu embryonnaire très abondant et atrophie glandulaire, et un sarcome à cellules rondes. le diagnostic peut-il être établi ? Nous croyons que cette question, dans les cas peu nombreux où elle se posera, pourra être résolue. Nous reconnaissons vo-

lontiers que ce n'est pas dans la forme des cellules, ni dans la nature des vaisseaux, qu'il faudra chercher des éléments de diagnostic ; car, d'après Cornil et Ranvier, « les éléments histologiques du tissu inflammatoire et du sarcome sont les mêmes d'habitude, quelquefois seulement plus gros dans les sarcomes que dans les néoplasmes inflammatoires. Cependant, lorsque ceux-ci évoluent lentement, leurs éléments cellulaires peuvent aussi être très volumineux » ; les vaisseaux du tissu inflammatoire, de même que ceux du sarcome, sont dépourvus de parois propres, limités par les cellules embryonnaires elles-mêmes, et constituent un système de lacunes où circule le sang. Par suite de cette analogie dans la forme des cellules et la structure des vaisseaux, il serait presque impossible de faire un diagnostic entre des bourgeons charnus à tissu embryonnaire pur et un sarcome globo-cellulaire ; mais, dans les végétations de la métrite, il n'existe pas que du tissu embryonnaire ; il y a aussi des glandes, et si elles peuvent être atrophiées, elles ne disparaissent pas cependant. Or, dans la dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse, on n'en retrouve aucun vestige ; cette constatation était des plus faciles à faire sur des préparations de M. le docteur Vignard.

Et même, en supposant que le microscope fût impuissant à déceler la véritable nature des produits morbides, on pourrait encore établir le diagnostic en se ba-

sant sur d'autres caractères différentiels. D'après Cornil et Ranvier, « le tissu inflammatoire et le sarcome diffèrent par leur origine et par leur fin. Lorsque le tissu inflammatoire a pour origine une plaie ou une maladie des os ou des articulations, sa fin sera l'élimination ou sa constitution à l'état de tissu normal permanent, une guérison en un mot; tandis que le sarcome continuera à croître indéfiniment. » Ainsi donc, dans la métrite, les éléments embryonnaires s'éliminent incessamment; en se transformant en globules de pus, ils deviennent l'origine de ces écoulements purulents et fétides, qui sont un des symptômes les plus caractéristiques de cette affection. De plus, le résultat de cette fonte continuelle des éléments cellulaires est la production de surfaces ulcérées, fongueuses, saignantes; enfin, pour la même raison, l'utérus n'acquiert jamais dans la métrite une hypertrophie très considérable. Dans le sarcome, on observe des phénomènes inverses: le tissu néoplasique prolifère indéfiniment; de nouveaux éléments embryonnaires viennent sans cesse s'ajouter à ceux qu'il possédait déjà, et ne sont pas destinés à être éliminés dans la suite. C'est pourquoi les écoulements purulents sont rares et peu marqués dans le sarcome; c'est ce qui nous explique aussi comment ce dernier arrive à constituer, dans toute l'étendue de la muqueuse, des masses volumineuses, bosselées, remplissant presque toute la cavité utérine; et lorsque l'uté-

rus, doublé sur sa surface interne d'une couche néoplasique épaisse de plusieurs centimètres en certains points, distendu par un hématomètre, présente des dimensions invraisemblables, au point de remplir presque tout l'abdomen, il ne viendra jamais à personne l'idée de dire qu'il s'agit là d'une métrite.

4. *Le Déciduome malin.* — Si cette affection a quelques symptômes communs avec le sarcome de la muqueuse : métrorrhagies, écoulements variés, douleurs, hypertrophie du corps de l'utérus, etc. elle en diffère par beaucoup d'autres. Tandis que le sarcome survient de préférence chez les femmes avancées en âge, ayant dépassé la ménopause, le déciduome a pour caractère d'être en relation intime avec la grossesse et de se développer toujours après un avortement ou un accouchement à terme. De plus il a une évolution très rapide, puisqu'il amène la mort des malades dans un laps de temps qui varie de 6 à 8 mois ; il se généralise très souvent dans divers organes, en particulier dans les poumons. Enfin, si l'on hésitait, l'examen histologique lèverait tous les doutes : le déciduome est constitué par des cellules gigantesques, ayant une grande analogie avec les cellules de la caduque, et absolument caractéristiques de cette variété de néoplasme ; on ne les observe jamais dans le sarcome en particulier.

5° *Un fibro-myome.* — Celui-ci se traduit également par des troubles fonctionnels presque identiques à ceux du sarcome ; il donne lieu à des hémorrhagies utérines, à de l'hydrorrhée, à un agrandissement de la cavité utérine, etc. Mais le corps de l'utérus ne s'hypertrophie pas d'une façon régulière comme dans le sarcome de la muqueuse ; il est plus ou moins déformé, bosselé ; c'est un caractère très important dont la recherche ne devra pas être négligée. Lorsque le fibrome est sous-péritonéal, le toucher combiné au palper le découvrira aisément ; s'il est interstitiel ou sous-muqueux, le diagnostic sera moins facile ; il pourra être nécessaire de dilater le col, et de pratiquer l'exploration digitale. Celle-ci suffira toujours à déterminer la véritable nature de l'affection.

Il convient enfin de faire remarquer que le fibro-myome, à l'inverse du sarcome de la muqueuse, est surtout une affection de la période d'activité sexuelle de la femme ; mais ce caractère n'a à nos yeux qu'une valeur très relative, puisque, dans certains cas, les accidents provoqués par le fibro-myome peuvent persister longtemps après la ménopause.

6° *Un fibro-sarcome ou sarcome circonscrit.* — La physionomie clinique du fibro-sarcome diffère peu de celle du fibro-myome. En s'appuyant sur les signes différentiels indiqués dans le paragraphe précédent, on éliminera le sarcome diffus de la muqueuse, et

l'on arrivera à cette conclusion qu'il s'agit d'un fibromyome ou d'un fibro-sarcome. Si l'on veut préciser davantage le diagnostic, on se basera sur les caractères suivants pour déclarer qu'il s'agit de cette dernière variété de tumeur : l'évolution plus rapide de l'affection, la consistance du néoplasme, sa structure histologique.

Les polypes, soit fibreux, soit sarcomateux, s'accompagnant d'un cortège symptomatique identique à celui des deux affections précédentes, on suivrait la même marche et le même raisonnement dans la détermination du diagnostic.

7^o *La grossesse.* — La grossesse donne lieu à une augmentation régulière du volume du corps de l'utérus ; mais c'est le seul caractère qui la rapproche du sarcome de la muqueuse, et la confusion ne sera possible que faute d'un examen attentif. La grossesse s'accompagne de signes spéciaux : modifications des seins, cessation des règles, ramollissement du col, etc. qui permettront d'éviter toute erreur ; aussi nous n'insistons pas davantage. Nous ferons remarquer d'ailleurs que le diagnostic sera bien rarement en défaut à ce sujet, puisque le sarcome de la muqueuse est surtout une affection des femmes avancées en âge.

II^o SARCOME AVEC HÉMATOMÈTRE

Le sarcome de la muqueuse, compliqué d'hématomètre, peut acquérir des dimensions énormes, et constituer une tumeur qui remplit une partie de la cavité abdominale. On pourrait alors le confondre avec :

1^o *Un kyste de l'ovaire.* — L'erreur est très facile à commettre et elle a été faite dans plusieurs de nos observations (Péan, Terrillon). La forme du ventre est la même dans les deux affections, c'est-à-dire acuminée, saillante en avant ; la percussion et le palper donnent, dans les deux cas, des résultats identiques. On ne sera renseigné sur la véritable nature de la tumeur fluctuante que si l'on arrive à déterminer d'une façon précise les connexions qui existent entre cette tumeur et l'utérus ; dans ce but, on combinera le toucher à la palpation abdominale. Dans certains cas, on pourra acquérir la conviction que la masse morbide est indépendante de l'utérus, ou au contraire, qu'elle s'est développée à ses dépens ; le diagnostic pourra dès lors être établi. Mais il en est d'autres où le clinicien le plus expérimenté sera incapable de déterminer les rapports qui existent entre la tumeur et

l'utérus ; celui-ci, par exemple, se sera laissé entraîné en haut, et le doigt, pratiquant le toucher, n'atteindra même pas le col ; cette particularité est notée dans le cas de MM. Joüon et Vignard. On ne pourra faire dans ces conditions qu'un simple diagnostic de probabilité, en s'appuyant sur les troubles fonctionnels qui auront accompagné l'affection à ses différentes périodes. Si l'on apprend, par exemple, que la malade a eu pendant un laps de temps plus ou moins long des hémorrhagies, des écoulements hydorrhéiques ou séro-sanguins, quelquefois très abondants, que ces écoulements et ces pertes se sont arrêtés à un moment donné, et que leur disparition a été suivie de l'augmentation progressive du volume du ventre, ce fait sera très caractéristique et l'on sera fondé à croire qu'il s'agit d'un sarcome de la muqueuse, car il n'y a guère que dans cette affection que l'on observe un phénomène si particulier. Il convient enfin de rappeler que dans le sarcome avec hématomètre on ne pourra pratiquer ni l'hystérométrie, ni le toucher intra-utérin, qui seraient possibles dans le cas de kyste de l'ovaire.

2° *La grossesse.* — Le diagnostic avec la grossesse sera en règle générale beaucoup plus aisé ; on peut même dire qu'il suffira de penser à cette cause d'erreur pour l'éviter. Lorsque la grossesse se complique d'hydramnios, les signes de certitude sont, il est vrai,

plus difficiles à percevoir ; mais, si on les recherche attentivement, il est exceptionnel qu'ils passent tous inaperçus. Dans les quelques cas où l'hésitation sera permise, si l'on peut s'assurer que le début des troubles éprouvés par la malade remonte à une époque relativement éloignée, un an ou davantage, cette notion constituera une très forte présomption en faveur de l'existence d'une tumeur kystique plutôt que d'une grossesse.

3° *Un fibro-myome.* — Le fibro-myome a une consistance ferme, et ne présente pas de fluctuation comme l'utérus sarcomateux, distendu par un hématomètre. La palpation permet généralement de découvrir à sa surface d'autres petites tumeurs arrondies, sessiles ou pédiculées, implantées sur la masse principale, des lobes plus ou moins volumineux, séparés par des dépressions, et rendant irrégulier le contour de la tumeur. De plus, le fibrome s'accompagne de métrorrhagies, d'hydrorrhée ; ces symptômes ne s'observent plus dans le sarcome compliqué d'hématomètre ; enfin, le col n'est pas oblitéré, et l'hystérométrie décèle un agrandissement notable de la cavité utérine ; etc.

4° *Un cysto-fibrome.* — Le cysto-fibrome présente, au point de vue des signes physiques et des troubles fonctionnels, la plus grande analogie avec le sarcome

de la muqueuse utérine ; aussi le diagnostic sera quelquefois impossible à établir. Le cysto-fibrome, il est vrai, s'accompagne moins d'hémorrhagies et d'écoulements que le sarcome, le col reste toujours perméable, la tumeur est moins régulièrement ovoïde, les douleurs sont moins fréquentes, mais, ces signes différentiels sont très inconstants, et incapables le plus souvent de trancher la question.

5° *L'Ascite*. — La tumeur fluctuante constituée par l'utérus néoplasique, accompagné d'hématomètre, peut être assez volumineuse pour faire penser à de l'ascite. Mais celle-ci présente des caractères spéciaux bien connus : le ventre, moins acuminé que dans les tumeurs kystiques en général, est aplati ; les flancs sont élargis ; la matité occupe les parties déclives, et elle est limitée par une ligne concave en haut ; cette ligne se modifie suivant le décubitus de la malade, suivant qu'elle est inclinée sur le côté droit ou sur le côté gauche ; dans les tumeurs kystiques, les flancs sont habituellement sonores, et les diverses positions données à la malade ne modifient en rien cette sonorité, etc.

6° *La Péritonite enkystée*. — La marche de l'affection, les troubles fonctionnels qui la caractérisent dans chaque cas sont trop différents pour permettre une confusion ; seuls les signes physiques présentent une certaine analogie qui ne pourra en imposer longtemps.

COMPLICATIONS

Parmi les complications du sarcome diffus de la muqueuse utérine, il faut placer en première ligne la transformation de la cavité utérine en cavité close, d'où rétention du sang et des divers produits de sécrétion, c'est-à-dire hématomètre ou pyomètre. Comme nous l'avons vu, cette complication est fréquente, puisqu'elle existait six fois sur douze observations. On est par suite tout naturellement porté à croire que le développement d'un hématomètre, dans les cas auxquels nous faisons allusion, n'était pas le résultat d'un accident fortuit, sans aucune relation avec l'état morbide concomitant de l'utérus, mais, qu'il se faisait plutôt en vertu de certains rapports, plus ou moins étroits, qui semblent lier l'une à l'autre l'évolution d'un sarcome de la muqueuse et l'apparition d'un hématomètre.

La propagation du néoplasme aux organes voisins paraît rare. L'engorgement ganglionnaire n'est signalé que deux fois (Terrillon, Ménière); dans l'ob-

servation de Coleman, la malade succomba 4 mois après l'hystérectomie vaginale, et un examen pratiqué peu de temps avant la mort fit découvrir une généralisation de la tumeur.

La dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse utérine doit entraîner évidemment une abolition des fonctions de reproduction, mais nous manquons de documents à cet égard.

Enfin lorsque l'utérus néoplasique a acquis un volume considérable, lorsqu'il y a par exemple coexistence d'hématomètre, il donne lieu, comme toutes les grosses tumeurs pelviennes, à des phénomènes de compression variés, troubles de la défécation et de la miction, douleurs par compression des plexus nerveux, accès de suffocation ou oppression continuelle, troubles de la circulation, etc.

MARCHE — DURÉE — TERMINAISON

Au point de vue de la marche, le sarcome de la muqueuse présente cette particularité, sur laquelle nous avons déjà attiré l'attention, c'est qu'il reste assez longtemps localisé à la muqueuse et a peu de tendance à se propager aux organes voisins ; — un autre phénomène non moins intéressant caractérise parfois la marche de cette affection, c'est, comme nous l'avons vu, la production, à un moment donné, d'un hématomètre, qui modifie complètement les symptômes fonctionnels et les signes physiques, mais ce n'est pas un fait constant.

Il est difficile d'évaluer, même approximativement, la durée du sarcome diffus de la muqueuse, car les renseignements que nous possédons sur ce point sont très insuffisants. Tout ce qu'on peut dire, c'est que cette durée peut être longue dans certains cas : dans l'observation de Terrillon, le début de l'affection remontait à huit ans ; il remontait au moins à dix ans dans le cas de MM. Joüon et Vignard, et à vingt dans celui de Péan. La possibilité d'une aussi longue évo-

lution pour une tumeur maligne peut certainement être contestée, et l'on peut se demander s'il n'y a pas eu en réalité, pendant une période plus ou moins longue précédant l'apparition du néoplasme, des lésions de métrite, sur lesquelles seraient venues se greffer des productions sarcomateuses.

PRONOSTIC

Le sarcome de la muqueuse est une affection très grave, on peut même dire fatale, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même. Mais le pronostic paraît moins sombre lorsque l'utérus néoplasique est extirpé par l'hystérectomie totale. Sans doute, les chances de guérison radicale et définitive seront d'autant plus sérieuses que l'intervention aura été plus précoce, que l'on aura pu faire le diagnostic plus près du début de l'affection ; mais il ne semble pas que toute opération tardive doive forcément échouer. L'exemple de MM. Joüon et Vignard en est une preuve évidente : la date de l'apparition du néoplasme, chez leur malade, était déjà ancienne, 10 ans et peut-être davantage, et cependant l'intervention chirurgicale a été, dans ce cas, couronnée de succès.

On peut dire d'une façon générale que le pronostic du sarcome de la muqueuse est moins redoutable que celui du cancer du col, ou même du corps, quoique ce dernier permette une plus longue survie ; et cela

ne doit pas nous surprendre puisque nous savons que le processus morbide, dans le cas de sarcome, reste plus longtemps localisé à l'utérus que dans celui d'épithéliome.

TRAITEMENT

Nous serons bref sur ce chapitre, car un seul mode de traitement nous paraît indiqué, c'est l'hystérectomie. Il sera d'autant plus rationnel d'y recourir que le sarcome en nappe de la muqueuse, restant localisé pendant longtemps, ayant peu de tendance à envahir les organes voisins et à se généraliser, une opération radicale aura dès lors des chances de mettre à l'abri d'une récurrence ou tout au moins d'assurer une assez longue survie.

Suivant le degré d'hypertrophie de l'utérus néoplasique, on aura recours, pour son extirpation, soit à la voie vaginale, soit à la voie abdominale. Toutes les fois que les dimensions de l'organe le permettront, on pratiquera l'hystérectomie vaginale, plus simple que l'hystérectomie abdominale. « Mais lorsque le volume de la tumeur dépasse celui du poing, et qu'il est impossible d'enlever l'utérus d'une seule pièce par le vagin, faut-il la morceler, ou recourir à un autre procédé opératoire ? » Cette question, que se pose M. Delbet pour le cancer du corps de l'utérus, nous pouvons

nous la poser tout aussi bien pour le sarcome diffus de la muqueuse. Nous croyons que le morcellement employé dans ce cas serait, comme pour les tumeurs épithéliales, particulièrement dangereux, car il porterait « sur des tissus altérés, septiques, qui pourraient infecter le péritoine. » Il sera donc préférable de recourir à la voie abdominale; il est évident que lorsque l'utérus sarcomateux présentera un énorme volume, ce sera aussi le seul procédé opératoire possible. Des deux variétés d'hystérectomie abdominale, c'est l'hystérectomie totale qui doit être conseillée, car seule, elle constitue une opération radicale, et semble devoir, mieux que l'hystérectomie sus-vaginale, prévenir toute récidive. Sans doute, la néoplasie sarcomateuse est généralement limitée au corps de l'utérus, et l'hystérectomie abdominale sus-vaginale serait peut-être suffisante dans certains cas; mais on n'est jamais sûr d'avance de ne pas laisser du tissu morbide dans le pédicule, tissu qui continuerait à proliférer, et commanderait ultérieurement une nouvelle intervention.

Dans certains cas, on n'aura même pas à se préoccuper de faire un choix entre les deux méthodes; il peut arriver que l'utérus, très distendu par un hématomètre, ne présente plus aucune trace de col. Il en était ainsi, nous l'avons vu, dans l'observation de Péan et dans celle de MM. Joüon et Vignard.

L'hystérectomie constitue donc le traitement de choix du sarcome diffus de la muqueuse utérine, à condition

toutefois que le néoplasme soit bien limité à l'utérus, et nous pensons qu'il le sera dans la très grande majorité des cas. Dans la plupart de nos observations, en effet, malgré la date quelquefois ancienne du début de l'affection, il n'existait ni engorgement ganglionnaire, ni extension du sarcome aux organes voisins.

Nous croyons inutile d'entrer dans la description de la technique opératoire à suivre lorsqu'on veut pratiquer l'hystérectomie vaginale ou abdominale ; de nombreuses publications, parues dans ces dernières années, en ont réglé et précisé tous les détails.

L'hystérectomie donne-t-elle des résultats encourageants, lorsqu'on l'emploie comme méthode thérapeutique dans les cas de sarcome diffus de la muqueuse utérine ? Nous n'avons pas encore à cet égard des éléments d'appréciation suffisants ; voici toutefois les renseignements que nous pouvons tirer de nos observations :

On a pratiqué 4 fois l'hystérectomie vaginale, avec ou sans morcellement de l'utérus sarcomateux ; dans deux cas, les résultats immédiats ont été bons, mais les suites éloignées sont inconnues ; dans un troisième, la mort est survenue 4 mois après l'opération, au milieu de phénomènes de généralisation de la tumeur ; enfin, dans le quatrième, la malade est morte de collapsus 36 heures après l'intervention.

— L'hystérectomie abdominale sus-vaginale a été pratiquée une fois (Terrillon) ; les résultats opératoires

ont été très satisfaisants, mais la malade est morte 58 jours après l'opération ; « l'autopsie pratiquée avec soin ne fit découvrir aucune cause de la mort autre que la faiblesse extrême de la malade. »

— enfin, on a eu recours deux fois à l'hystérectomie abdominale totale. Dans le premier cas (Péan), les suites immédiates ont été excellentes, mais il n'est donné aucun renseignement sur les résultats éloignés ; dans le second, qui est celui de M M. Joüon et Vignard, les résultats de l'hystérectomie abdominale totale ont été des plus satisfaisants, puisque la malade, opérée il y a un peu plus de 3 ans, est actuellement vivante et bien portante.

Si le néoplasme n'était plus justiciable d'une intervention radicale, soit par suite d'affaiblissement extrême de la malade, ou d'un état cachectique qui ne lui permettrait pas de supporter le choc opératoire, soit par suite de sa propagation à d'autres organes de la cavité abdominale, on serait réduit à l'emploi de moyens palliatifs : ponction, injections vaginales antiseptiques, calmants, toniques, etc.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Sarcome diffus de la muqueuse utérine. Hystérectomie abdominale. Guérison. Par MM. les Professeurs JOUON et VIGNARD. (*Archives Provinciales de Chir.*, Déc. 1895) (1).

Marie Ch..., âgée de 60 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 29 décembre 1892. La malade, non mariée, n'a jamais eu d'enfant, ni de fausses couches. Elle fut réglée à 13 ans environ. A 23 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, suppression des règles pendant 3 mois. A part cet incident, la menstruation s'accomplit régulièrement jusqu'à 45 ans.

Entre 45 et 50 ans, les règles sont devenues très abondantes, duraient sept à huit jours et apparaissaient même deux fois dans le même mois. Depuis cette époque, les pertes en rouge ont continué d'une façon irrégulière, moins abondantes cependant qu'au début. Depuis le mois d'août d'ailleurs, elle se sont arrêtées presque complètement.

Il y a deux ans, la malade eut pendant trois mois des pertes

(1) Cette observation a été recueillie par notre excellent ami, M. Diet, interne du service.

en très grande quantité d'un liquide clair comme de l'eau, et son abondance était telle qu'il pouvait imbiber au moins une serviette en une nuit. Ce phénomène dura, dit-elle, trois mois et fut marqué surtout pendant quinze jours. Durant tout cet intervalle, il n'y eut pas de pertes rouges.

Elle n'eut jamais d'écoulement purulent.

Le ventre s'est mis à grossir peu à peu il y a cinq ans, sans grandes douleurs, sauf dans les derniers mois. Egalement dans ces derniers temps, la malade eut quelques troubles digestifs, perte d'appétit, digestions laborieuses, constipation ne cédant qu'aux lavements.

A partir du mois de septembre, sous l'influence sans doute de ces troubles digestifs, l'amaigrissement est survenu ; cependant l'état général s'est maintenu et la malade ne paraît pas cachectique.

Examen de l'état actuel de la malade : — Augmentation du volume du ventre qui est assez symétrique et saillant en avant. La peau ne présente rien de particulier à noter, sauf quelques varicosités ; il y a également une dilatation des veines sous-cutanées dans les 2/3 supérieurs du ventre. Pas de vergetures.

Mensuration :

1. Tour du ventre au niveau de l'ombilic....	106 cm
2. Distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde...	25 »
3. » » à la symphyse pubienne...	18 »
4. » à l'épine iliaque antéro-supér. gauche.	25 »
5. » » » droite....	27 »

La matité remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde. La sonorité est très nette dans les flancs qui paraissent distendus par des anses intestinales.

A la palpation, la consistance est uniforme sur tous les points de la matité. On a la sensation d'une poche rénitente assez fortement tendue et remplie de liquide. L'extrémité de la main droite déprimant le ventre par petites secousses fait percevoir nette-

ment un choc à l'autre main placée à 10 et même 15 centimètres d'elle. La palpation d'ailleurs, pas plus que la percussion, ne détermine de douleur, sauf dans la région hypogastrique au-dessus du pubis droit.

Comme phénomènes de compression, nous avons déjà notés les dilatations des veines sous-cutanées de l'abdomen, des troubles digestifs ; ajoutons un peu de fréquence dans la miction.

Quand on fait respirer fortement la malade, on a la sensation que la paroi de la poche glisse sous la paroi abdominale, ce qui serait en faveur d'une absence d'adhérences, au moins serrées, et la main, appliquée à plat sur le ventre, ne perçoit aucune espèce de frottement.

Du côté du cœur, rien d'anormal ; le pouls est plein et régulier. Les poumons sont sains.

L'examen sommaire des urines, au point de vue de l'albumine et du sucre, est négatif.

Par le toucher vaginal, on trouve que l'utérus est attiré en haut, et il est impossible d'atteindre le col. On ne trouve du reste aucune espèce de tumeur dans le bassin.

Opération. — L'opération est faite le 3 décembre par MM. les docteurs Jouon, Heurtaux, et Vignard.

Incision sur la ligne blanche, depuis la symphyse jusqu'un peu au-dessus de l'ombilic. Le péritoine ouvert, on tombe sur une tumeur parfaitement lisse dont l'aspect est rose nacré et rappelle assez bien celui de l'utérus. Cette tumeur d'ailleurs parfaitement ovoïde, remplissant la plus grande partie de la cavité abdominale, est complètement libre d'adhérences avec la paroi et avec l'intestin ou l'épiploon. Vers la partie inférieure on voit s'en détacher comme deux ailes les deux ligaments larges, extrêmement hypertrophiés, parcourus par de grosses veines bleuâtres, et portant chacun l'ovaire, bien reconnaissable, et la trompe, celle-ci trois fois plus longue qu'à l'état normal.

La vessie n'apparaît pas ; elle reste cachée derrière la symphyse.

La tumeur paraît donc bien formée par l'utérus extrêmement distendu : en effet, à la palpation, on constate que la tumeur, comme cela avait du reste paru évident avant l'opération, est remplie de liquide. — Le trocart perfore la paroi de la poche, paroi résistante et qui semble fort épaisse ; il se promène librement dans la cavité, indiquant par là que le kyste est unique. Il donne issue à un liquide sanguinolent et même sanglant, noirâtre, dont la quantité peut être évaluée à 6 ou 7 litres. Après cette évacuation, la tumeur est diminuée de volume, mais pas cependant [d'une façon très notable, étant donné l'épaisseur considérable de la paroi. Avec beaucoup de peine la tumeur est extraite à travers les lèvres de l'incision abdominale. On peut constater alors qu'elle est retenue au plancher du petit bassin par un pédicule très large, dont les parties latérales sont constituées par les ligaments larges, et la partie médiane par le col extrêmement aminci ou bien peut-être le vagin. Le tissu qui constitue en effet la partie médiane n'offre pas la résistance ni les contours habituels du col utérin, mais ressemble plutôt à un conduit à parois épaisses qu'on peut aplatir en n'importe quel sens.

Une ligature élastique est d'abord jetée autour de ce vaste pédicule, mais le lien de caoutchouc casse. On fait alors trois ligatures à la grosse soie, deux pour les ligaments larges, une pour la partie médiane du pédicule, en s'assurant que la vessie n'est pas comprise dans la ligature. — Section de la tumeur à deux travers de doigts au-dessus des fils de soie. On peut constater alors sur la partie de la section qui correspond au ligament large de très volumineux vaisseaux, artères béantes et sinus veineux, et, sur le milieu de la section, la coupe d'un conduit à parois épaisses, dont la surface interne est tapissée par une muqueuse, et qui

semble bien être la coupe du vagin. Cette muqueuse est immédiatement désinfectée avec un tampon imbibé de sublimé. L'hémorragie est insignifiante, ce qui paraît surtout saigner en nappe, c'est la paroi vaginale. Une première série de sutures ferme le vagin ; on a soin de refouler en dedans la muqueuse. La seconde série de sutures, beaucoup plus étendue, faite au catgut et en surjet, accole la séreuse qui revêt la surface externe du pédicule. Il faut noter également que pour plus de sûreté, les vaisseaux apparents à la coupe ont été liés individuellement.

Fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

Soins consécutifs. — Champagne, par la bouche et en lavements ; injections vaginales au sublimé chaud.

Suites opératoires. — Dans l'intervalle des injections vaginales, on laisse dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

5 décembre. — La malade se plaint de vives douleurs dans l'abdomen ; elle n'a rendu ni gaz, ni matières ; le ventre est gonflé.

6 décembre. — Un lavement émollient le matin, un lavement purgatif le soir restent sans effet.

7 décembre. — On administre 30 grammes d'huile de ricin par cuillerées : le soir, débacle ; la malade rend une grande quantité de gaz et de matières et accuse un soulagement immédiat. La température qui, depuis la veille, était à 38° descend à 37° et même au-dessous.

A partir de ce moment, l'état général demeure satisfaisant. Les lavages pratiqués régulièrement n'amènent ni pus ni sang. Les fils sont enlevés le 12 ; la réunion de la plaie abdominale est complète. Le ventre n'est pas douloureux.

Le 16, à la suite d'un toucher vaginal, une petite quantité de pus sort par le vagin, sans que la malade ait ressenti de douleurs. Les jours suivants, l'écoulement purulent continue, mais

en très petite quantité, et la malade sort de l'Hôtel-Dieu le 21 décembre.

— La guérison se maintient depuis trois ans : M. le docteur Vignard a eu l'occasion de voir récemment la malade, qui était en très bonne santé.

Examen de l'Utérus sarcomateux

1^o *Examen macroscopique.* — Poids de la tumeur vide : 3 kil.

Nous avons déjà dit que cette tumeur présente exactement l'aspect d'un utérus très hypertrophié. Elle mesure 27 centimètres de long sur 25 centimètres de large. Il est incontestable d'ailleurs qu'elle est revenue sur elle-même après l'évacuation du liquide qui y était contenu. — Une coupe est pratiquée sur toute l'étendue de la paroi antérieure et conduit dans une cavité unique, spacieuse, absolument fermée, et renfermant encore un peu de ce même liquide, rouge noirâtre, sanglant, dont on a retiré 7 litres par la ponction.

La surface externe est revêtue par la séreuse péritonéale, adhérente dans la moitié supérieure, pouvant glisser à la surface dans la partie inférieure. De chaque côté, on voit ramper les trompes et les ovaires avec leurs ligaments respectifs.

La tranche obtenue par la section de la paroi antérieure permet de constater :

1^o Que cette paroi a une épaisseur considérable, variant entre 3 et 5 centimètres, sinon plus.

2^o Qu'elle est constituée nettement par deux couches : l'une externe, qui est évidemment la paroi musculaire de l'utérus extrêmement et régulièrement épaissie, mesure 3 centimètres en bas et 1 centimètre en haut; l'autre, interne, qui n'a plus rien des caractères de la muqueuse, est formée par un tissu gris blanchâtre, gris rosé, un peu transparent par places, présentant çà

et là des points ecchymotiques, friables, en voie de ramollissement, et qui rappelle assez bien le tissu sarcomateux. — Ces deux couches sont séparées l'une de l'autre avec la plus grande netteté par un tissu conjonctif lâche, vasculaire, qui permet de les séparer sans effort. Nulle part, sur la coupe, il ne paraît y avoir confusion entre les deux couches, c'est-à-dire envahissement du tissu musculaire par le tissu néoplasique, il y a seulement amincissement considérable de la paroi musculaire au niveau du fond, où elle n'a qu'un $1/2$ centimètre d'épaisseur.

L'examen de la surface externe ne montre nulle part une apparence de col, intact ou sectionné. Cependant, au milieu environ de la surface qui représente la section du pédicule, on voit une petite surface lisse, arrondie, du diamètre d'une pièce d'un franc. Nous verrons à quoi correspond cette surface du côté de la face interne.

La surface interne de la poche, formée par la couche d'aspect sarcomateux dont nous avons parlé plus haut, est loin d'être régulière. Elle présente de grosses bosselures séparées par des dépressions, par des sillons ; la coloration est tantôt gris blanchâtre, gris rosé, et l'aspect lisse. Par places, on voit des dépôts de fibrine qu'il est facile d'ailleurs de détacher et qu'on retrouve dans le liquide remplissant la tumeur. Ça et là, on voit nettement des vaisseaux très superficiels, quelques-uns rompus, ce qui donne à la surface interne l'aspect ecchymotique, et ce qui explique le contenu sanguin de la tumeur.

À la partie tout à fait inférieure de la poche, on remarque, sur sa surface interne, une petite dépression ombiliquée, mais obturée complètement, et qui correspond au centre de la surface lisse, que nous avons notée dans la description de la face externe.

En ce point également, on voit à la coupe que la paroi n'a qu'une faible épaisseur et qu'elle est presque uniquement constituée par la couche interne ou sarcomateuse, qui passe comme un pont au-dessus de ce qui aurait été l'orifice interne.

Notons encore que les végétations et bosselures qui tapissent la paroi interne de la poche présentent la même friabilité, la même coloration, en un mot le même aspect sarcomateux que nous avons pu constater tout à l'heure sur une section de la paroi.

Il est gardé pour l'examen microscopique quelques morceaux de la paroi pris, soit dans le tissu sarcomateux, soit à la fois dans les deux couches, musculaire et néoplasique.

2^e *Examen microscopique*. — Nous l'avons déjà reproduit dans le cours de notre travail ; inutile de le répéter ici.

OBSERVATION II.

Tumeur utéro-cystique ou dégénérescence embryo-plastique de la muqueuse utérine. — Par le D^r PÉAN. (Cette tumeur fut présentée à l'Académie de Médecine dans sa séance du 20 mars 1877. Observation in *Gazette des Hôpitaux*, du 25 mars 1877).

Cette tumeur que je vous présente diffère totalement de toutes celles que j'ai pu observer jusqu'à ce jour ; c'est même ce motif qui m'a décidé à venir la soumettre à l'examen des membres de l'Académie.

La malade qui la portait est âgée de 33 ans. Le début de la tumeur avait été reconnu il y a 20 ans, et celle-ci ne paraît pas avoir déterminé de troubles sérieux pendant fort longtemps. La suspension des règles s'est produite il y a 3 années ; depuis il y a eu une augmentation plus rapide de la tumeur ; depuis huit mois surtout cette augmentation s'est accusée d'une façon fort remarquable.

La tumeur, avant l'opération, offrait tous les caractères des kystes de l'ovaire à contenu sanguin, sauf que le col utérin se trouvait très remonté. Elle remplissait toute la cavité abdominale, atteignait l'épigastre et était devenue si volumineuse que je dus pratiquer il y a deux mois une ponction pour arracher la malade à une suffocation imminente. Elle donna issue à une quinzaine de litres de liquide sanguin et très mélangé de grumeaux fibrineux.

La reproduction du liquide qui se fit très rapidement m'aurait porté dès cette époque à proposer l'opération, si la malade n'eût été alors aussi profondément épuisée. Elle était tourmentée par des accès constants de dyspnée, par l'insomnie, ne mangeait plus et sa nutrition était par trop insuffisante. Pourtant je parvins à faire tolérer quelques aliments à la malade, et bientôt après que les forces fussent revenues, la suffocation étant encore une fois devenue extrême, je me décidai à recourir à l'opération. Un examen de la malade fait de concert avec M. Spencer Wells nous avait démontré que l'utérus avait dû se laisser entraîner en haut par la tumeur, s'il ne faisait véritablement corps avec elle.

L'opération fut faite aujourd'hui à midi avec le concours de mes aides ordinaires.

Les parois abdominales étaient très amincies et peu vasculaires. Elles furent divisées sur la ligne médiane depuis le pubis jusqu'au-dessus de l'ombilic. Dès que la tumeur apparut, on put reconnaître aisément à sa coloration rougeâtre, à la disposition des vaisseaux qui rampaient au-dessous de son feuillet péritonéal, à sa consistance ferme, résistante, que nous étions en présence d'une tumeur utérine. Pour nous en convaincre et pour mesurer l'épaisseur de la couche vasculaire que j'avais à traverser, je fis une ponction avec un trocart long et fin.

L'instrument dut traverser une couche de six centimètres avant de laisser écouler le liquide. Celui-ci était sanguin, épais et vis-

queux. Une deuxième ponction fut immédiatement faite avec un gros trocart aspirateur et elle donna issue à une quantité considérable d'un liquide analogue, mélangé de caillots et de fragments de tissu morbide, qui, malgré l'aspiration, avaient peine à couler au dehors.

Quand la tumeur fut réduite de moitié, il fut possible de l'attirer au dehors à travers la longue incision. En raison du poids encore énorme de la tumeur qui eût pu entraîner la déchirure des ligaments larges et des vaisseaux utéro-ovariens considérablement dilatés et placés symétriquement sur les côtés, je fis à travers l'enveloppe du kyste une incision longue de 10 centimètres, qui me permit de passer la main à l'intérieur et d'en retirer des caillots en assez grande quantité pour remplir plusieurs cuvettes.

J'appliquai ensuite deux ligatures métalliques autour de la tumeur très près de son implantation ; les fils furent serrés fortement à l'aide des ligateurs de Cintrat. Puis, après avoir traversé la base d'implantation avec des broches, j'incisai la tumeur entre les liens, de telle sorte que la plus grande partie de l'opération était terminée sans avoir perdu une goutte de sang. Du même coup se trouvaient retranchés les deux ovaires atrophiés, aplatis, et les deux trompes légèrement hypertrophiées, ainsi qu'une grande quantité de vaisseaux utéro-ovariens, qui pénétraient dans la tumeur en y formant de larges sinus. On put alors constater que le corps de la tumeur était constitué par l'utérus hypertrophié, doublé extérieurement d'un péritoine vascularisé, de vaisseaux sanguins très dilatés, d'une tunique musculaire qui entourait complètement la masse enlevée, épaisse par places d'un centimètre, et dans d'autres de 6 à 7 centimètres.

Quant aux cavités dont était creusée la tumeur, on distinguait : 1° une grande loge kystique développée dans l'épaisseur de la tunique musculaire.

2° Une autre loge, beaucoup plus importante, à surface interne mamelonnée, couverte de caillots sanguins et de détritits charnus, fongueux, qui nous parut formée très probablement par la cavité utérine énormément dilatée. Par places, la membrane interne de cette grande cavité était lisse comme celle d'un utérus hypertrophié ; partout elle était jaunie et comme imbibée de sang vieilli et altéré. Par un examen ultérieur, je pus m'assurer qu'elle était séparable des couches musculaires périphériques.

Quant au contenu des poches, celle qui était interstitielle (la plus petite) et développée dans l'épaisseur de la tunique musculaire, donne un liquide franchement sanguin de 4 à 5 litres, mais ne contenant que peu de caillots fibrineux et de matières solides. Au contraire, la plus grande, que je crois être formée par la cavité utérine énormément dilatée, contenait en quantité extrêmement considérable des concrétions fibrineuses et des masses fongueuses friables et ramollies, de couleur gris brunâtre, qui rendaient le contenu si épais qu'il ne pouvait s'écouler par le trocart.

Il restait à déterminer quelle était la nature des productions morbides disséminées, d'aspect cérébroïde, qui s'étaient développées dans l'épaisseur de cette membrane interne, et qui nageaient en si grande abondance dans le liquide, sans que la couche musculaire hypertrophiée parût avoir été envahie. Sans nul doute, à l'œil nu, on était porté à croire que ces mamelons fongueux étaient de nature épithéliale, mais le teint blanchâtre, l'aspect lisse de la coupe, ressemblaient beaucoup plus à ceux des masses fibro-plastiques ou sarcomateuses.

Note de M. Robin. — La tumeur examinée par MM. Robin et Cadiat, au sortir de la séance de l'Académie, a été reconnue comme étant formée aux dépens de la totalité du tissu propre de la muqueuse utérine, qui portait encore son épithélium dans les portions les moins fongueuses.

La tunique musculaire présentait l'état de développement qu'elle offre aux derniers mois de la grossesse, et le même aspect. On observait en outre dans la composition de la tumeur un kyste sanguin interstitiel développé dans l'épaisseur de cette tunique musculaire et à surface lisse.

Quant au tissu morbide lui-même, dérivant de la muqueuse dans toute son étendue, il appartient à cette variété de tumeurs embryoplastiques ou fibro-plastiques formées principalement de noyaux libres et de cellules fusiformes décrites à l'article : embryoplastique et à l'article : lamineux (tissu) (Dict. de Dechambre).

Le tissu morbide est remarquable, comme il arrive souvent dans les tumeurs de cette sorte, par son extrême vascularité capillaire, disposition qui se développe beaucoup plus en certains points qui sont rougeâtres, pulpeux et friables, que dans d'autres portions où l'on constate un état mamelonné offrant la couleur et la consistance dites encéphaloïdes.

Certaines portions de cette couche pathologique, occupant tout le plan de la muqueuse (mais avec une épaisseur de 6 à 10 fois plus considérable) étaient jaunâtres et non d'un blanc grisâtre ; cette teinte était due, comme ordinairement dans ces tumeurs, à de fins granules jaunes, soit interstitiels, soit inclus dans les cellules fibro-plastiques.

Beaucoup de portions vascularisées sont infiltrées de petites cavités, remplies par des caillots hémorrhagiques qui dissocient, en quelque sorte le tissu et augmentent sa friabilité. Dans les portions vasculaires moins friables, le tissu a l'aspect de ce que les anciens auteurs appelaient le fongus cancéreux. Mais, là comme ailleurs, le tissu a la texture du tissu embryoplastique ou fibro-plastique sus-mentionné. En tout cas du reste, il n'y a nulle part trace de fongosités ni de masses épithéliales dites cancéreuses.

Il n'y en a pas davantage sur les parois de la loge kystique interstitielle. Seulement, sur celle-ci, on trouve des cristaux de cholestérine, preuve qu'elle a contenu un liquide sanguin. Les cristaux et l'état des parois de ce kyste auraient déjà permis d'avancer *a priori* que le liquide sanguin contenu dans cette seconde loge ne devait pas renfermer de parties solides fongueuses et friables, analogues à celles qui nageaient en si grande quantité dans la poche limitée par la muqueuse utérine. Les détails qui nous ont été donnés sur les faits révélés par l'opération ont confirmé l'exactitude de cette induction.

Les suites opératoires furent bonnes, la malade guérit; les résultats éloignés sont inconnus.

OBSERVATION III

Sarcome de la muqueuse utérine. — Oblitération de l'orifice interne du col. — Transformation de la cavité utérine en un kyste sanguin ou hématomètre. — Ablation sus-vaginale de l'utérus. — Par M. le Dr TERRILLON (*Bulletins de la Société de Chirurgie*, séance du 3 mars 1886, p. 157).

Mme Dussuc, âgée de 53 ans, entre à la Salpêtrière le 2 novembre 1882.

Les antécédents de cette malade sont assez simples. Les premières règles parurent à 14 ans. Elle n'eut aucun trouble de ce côté jusqu'à 40 ans. A cette époque, elles devinrent moins abondantes, et cessèrent à 45 ans.

Mariée à 18 ans, elle n'eut jamais d'enfant.

En 1871, à peu près à l'époque où elle remarqua que ses règles diminuèrent, la malade s'aperçut que son ventre devenait

plus volumineux, et bientôt se déclarèrent des douleurs très vives dans la région de l'abdomen.

Celles-ci persistèrent pendant un mois au moins, avec une grande intensité, mais en présentant des exacerbations tous les jours pendant quelques heures. Depuis cette époque, le ventre a continué lentement à grossir, les douleurs ont reparu à intervalles assez irréguliers; la malade a maigri d'une façon notable. L'état général s'est aggravé, et surtout depuis quelque temps la malade se plaint d'un grand affaiblissement. Le seul phénomène sur lequel la malade insiste est la perte, à intervalles réguliers, d'une certaine quantité de matières blanchâtres au moment des douleurs abdominales.

L'examen de l'abdomen donne les résultats suivants :

Le ventre est très volumineux, très tendu; on sent manifestement une tumeur à convexité supérieure et inclinée légèrement du côté droit. Elle donne tous les caractères de la fluctuation dans une poche très remplie. Par le toucher, on constate que le col est très élevé, immobilisé contre la symphyse. Le cul-de-sac postérieur n'est pas effacé, mais en le repoussant profondément, on arrive sur la tumeur abdominale. La tumeur et le col paraissent se confondre. Avec un hystéromètre flexible, j'essaye de pénétrer dans l'utérus; mais le col me semble imperméable, ce que j'attribue à l'âge de la malade.

Le diagnostic préalable était donc *kyste ovarique*, tumeur fibro-kystique ou kyste ovarique ayant des connexions assez intimes avec l'utérus.

Pour être plus certain du diagnostic, je pratique une ponction exploratrice sur la ligne médiane, laquelle donne six litres de liquide noirâtre, épais et contenant des cristaux de cholestérine.

En présence de ce résultat, le diagnostic ne semblant pas douteux, l'opération fut décidée, malgré l'état d'affaiblissement considérable de la malade.

L'opération fut pratiquée le 11 décembre 1882.

Une incision sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, fut prolongée ensuite au-delà de l'ombilic. Après avoir déchiré quelques adhérences antérieures, la tumeur fut mise à nu. La paroi était épaisse, nacrée, assez semblable à un utérus gravide et des veines volumineuses rampaient à sa surface, principalement vers les côtés. Un gros trocart aspirateur fut enfoncé dans la paroi, en ayant soin de ménager les veines volumineuses. On put ainsi extraire sept litres de liquide rougeâtre, peu filant, assez semblable à celui qu'avait donné la ponction précédente. Après avoir vidé cette poche, la main est introduite dans l'abdomen. Elle constate que les parois en sont épaissies et se prolongent en bas, sur une masse assez volumineuse. Des adhérences avec l'épiploon, les intestins, sont déchirées vers la partie postérieure. Des adhérences semblables sont rompues, du côté droit, au niveau du bassin.

Lorsque la tumeur est ainsi isolée, la main est arrêtée par les culs-de-sac péritonéaux en arrière et en avant et on trouve, sur les côtés, de gros paquets veineux qui viennent du ligament large. Après un examen plus approfondi et en combinant le toucher vaginal avec l'exploration de la vessie, on acquiert la certitude qu'il s'agit d'un utérus considérablement distendu par du liquide sanguin, mais sans effacement du col.

Les paquets veineux, utéro-ovariens supérieurs, sont coupés entre deux ligatures de chaque côté.

Il est facile alors de faire saillir toute la tumeur au-dessus de la plaie abdominale, et on constate alors, plus nettement, une partie rétrécie qui correspond au col de l'utérus. A l'union de cette partie et de la masse principale, on place une broche transversale au-dessous de laquelle est placée une branche de fil de fer au moyen du ligateur de Cintrat.

Lorsque l'hémostase fut assurée par la constriction, je coupai

les parties situées au-dessus de la broche et je constatai alors que la section avait porté sur le col utérin, très épaissi à ce niveau.

Comme il semble difficile à cause de la brièveté du moignon de faire des sutures multiples des surfaces sectionnées, le col utérin est fixé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Celle-ci est suturée avec soin.

L'opération a duré une heure vingt minutes.

La malade est dans un collapsus très prononcé et respire difficilement. Des injections d'éther et les soins dont on l'entoure la raniment.

Les suites de l'opération furent assez simples et ne méritent aucune mention spéciale. Mais la malade s'épuisa progressivement et mourut 58 jours après l'opération. L'autopsie pratiquée avec soin ne fit découvrir aucune cause de la mort autre que la faiblesse extrême de la malade.

Les ganglions prélobaires étaient sarcomateux. La tumeur ainsi enlevée et vidée du sang qu'elle contenait pesait huit kilogrammes. Elle était constituée par l'utérus considérablement distendu et hypertrophié. Les parois musculuses avaient, surtout vers les parties inférieures, près de deux travers de doigts d'épaisseur, près de cinq centimètres. Elles étaient formées par le tissu utérin même hypertrophié, contenant de gros sinus veineux.

La cavité était unique, sans diverticules et séparée de celle du col par une masse épaisse qui correspondait exactement à l'orifice interne du col. Cette masse oblitérait complètement l'orifice interne du col. Les trompes n'étaient pas dilatées, on les trouvait étalées à la surface de l'utérus. Cet utérus hypertrophié contenait, à ce moment, plusieurs centaines de grammes de sang très liquide et presque pur qui avait dû s'épancher dans son intérieur après la ponction faite au début de l'opération. La

perte du sang ainsi produite après l'évacuation de la poche avait été probablement la cause de l'épuisement extrême dans lequel était la malade après l'opération.

La surface interne de la poche était recouverte de masses mamelonnées dont plusieurs avaient le volume d'un gros marron. Elles paraissaient constituées par la muqueuse considérablement hypertrophiée, mais ramollie et devenue caverneuse et comme formée par un tissu *télangiectasique*. Quelques-unes étaient pédiculées et se détachaient facilement en se déchirant. L'orifice interne était obturé par une de ces masses. Enfin, toutes ces surfaces étaient recouvertes d'une couche fibrineuse, colorée, épaissie par places et se détachant par lambeaux.

Cette fibrine altérée était le reliquat des caillots dus aux épanchements sanguins antérieurs.

La pièce anatomique fut présentée devant la Société anatomique, (*Bull. Soc. anat.*, 1882, p. 537).

L'examen histologique montre entre autres particularités que l'hypertrophie de la muqueuse était due à la présence d'un tissu sarcomateux abondant, rempli de vaisseaux dilatés et gorgés de sang. — Il n'y avait aucune trace d'épithélioma ou de carcinome.

Le sarcome, en grande partie altéré à la surface des mamelons, était facile à étudier à leur base. Il était formé presque exclusivement par du tissu embryonnaire.

Toute la muqueuse épaissie et molle était transformée en ce tissu peu résistant. Le parois musculuses très hypertrophiées ne contenaient pas de sarcome.

OBSERVATION IV

Sarcome de l'utérus et pyomètre consécutive à une atrophie sénile de l'orifice externe. Ponctions successives. — Mort par péritonite. — Par le D^r P. MÉNIÈRE. (In *Gazette de gynécologie*. Paris, 1885-6, t. I, p. 97-101).

La récente communication, faite à la Société de Chirurgie (séance du 3 mars) par le docteur Terrillon, d'un cas de sarcome de la muqueuse utérine avec hématomètre, me remet en mémoire un fait à peu près identique, que je crois intéressant de publier.

.

Mme E..., de Cabourg, arrive à Paris le 1^{er} septembre 1853, envoyée par son médecin, qui se reconnaît impuissant en présence d'une situation fort embarrassante. Cette dame est âgée de 60 ans. Mariée jeune, elle n'a jamais eu d'enfant, et ses règles ont cessé il y a huit ans environ. Cependant, depuis un temps qu'elle ne peut préciser avec exactitude — 5 à 6 ans — elle a eu parfois des pertes roussâtres ou sanguinolentes, et, depuis dix-huit mois, un écoulement continuel peu ou à peine coloré, qui s'est subitement arrêté il y a une quinzaine de jours.

Elle a les apparences de la meilleure santé ; son existence a été assez fatigante : elle tenait un hôtel fort achalandé pendant la saison des bains et ne se ménageait pas. Retirée des affaires depuis quelques années, sa vie est très calme, et sa santé générale meilleure que jamais ; fonctions digestives parfaites, pas de perte des forces, pas de douleurs, d'insomnie, facies très bon, teint fortement coloré. Rien ne pouvait faire supposer *a priori*

que l'on était en présence d'une affection maligne. Toutefois depuis que l'écoulement avait cessé, elle avait d'assez fortes douleurs lombaires, et c'est ce qui l'avait décidée à céder aux sollicitations de son médecin et à venir consulter à Paris.

Mme E..., est couchée sur une chaise longue et je pratique la palpation hypogastrique combinée avec le toucher vaginal. Le col est petit, mais proéminent. En déprimant fortement les culs-de-sac, on sent les parois hypertrophiées et inégales de l'utérus. La main, posée sur le bas-ventre, perçoit une tumeur volumineuse faisant corps avec l'utérus et paraissant être l'utérus lui-même. Cette tumeur, qui s'élève à trois ou quatre travers de doigts au-dessus du pubis, est inégale, bosselée, lobulée, dure, et à peu près immobile ; elle est enclavée dans le bassin et paraît se prolonger jusque dans les aines, où l'on sent de chaque côté des ganglions nombreux et très volumineux. Tout cela est peu ou pas douloureux.

Je fais l'examen au spéculum ; rien d'anormal, à part toutefois l'atréisie complète de l'orifice cervical. Une tache ombrée, légèrement déprimée, mais absolument imperméable aux stylets les plus fins, marque la place occupée il y a peu de temps encore par l'orifice externe.

De quoi s'agit-il ? D'une tumeur cystique ou fibro-cystique, d'un fibro-myome, d'une hypertrophie utérine ou d'un carcinome ?

Les connexions de la tumeur avec l'utérus, sa consistance, les hémorrhagies, doivent faire rejeter l'hypothèse d'une tumeur cystique. Dans les tumeurs fibro-cystiques, il peut y avoir des écoulements sanguins ou muco-purulents comme dans les cas de corps fibreux, mais la consistance de ces tumeurs n'est pas la même dans toutes les parties de la tumeur, ce qui ne se présente pas actuellement, et d'ailleurs l'adénite inguinale ne les accompagne pas.

Dans l'hypertrophie du corps de l'utérus, on ne rencontre

jamais de pareilles inégalités, des bosselures, des lobules indépendants, comme il en existe chez notre malade. Enfin, s'il s'agissait d'un corps fibreux, il y aurait eu des hémorrhagies fréquentes ; de plus, les ganglions et les écoulements fétides n'appartiennent guère qu'au carcinome. Mais à quelle variété de tumeur maligne doit-on s'arrêter ? Au sarcome plutôt qu'au carcinome, — et cela pour les raisons suivantes : le sarcome évolue beaucoup plus lentement que le carcinome, ce qui est le cas actuel ; il se rencontre surtout chez les femmes stériles ; et enfin, il affecte de préférence le corps de l'utérus et particulièrement la muqueuse corporéale.

Mais laissons de côté cette question de diagnostic différentiel, qui n'a désormais qu'un intérêt relatif et absolument scientifique, puisque le même pronostic fatal se dresse à côté du sarcome et du carcinome, et demandons-nous par quel mécanisme l'orifice du col a pu ainsi se fermer en présence d'un écoulement utérin continu. Je pensai tout d'abord que l'atrésie avait pu résulter de cautérisations intra-utérines faites avec le crayon ou tout autre caustique ; mais il me parut bien plus rationnel d'admettre qu'elle s'était produite physiologiquement chez Mme E....., comme elle se produit chez la plupart des femmes de 60 à 70 ans. L'écoulement, en effet, a commencé par diminuer tout doucement, et un beau jour il a été enrayé absolument. Les douleurs lombaires, la sensation de pesanteur dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner, les mauvaises nuits, datent seulement de cette époque ; il s'agit donc d'une pyomètre d'origine sarcomateuse, et consécutive à une atrésie sénile de l'orifice externe du col.

Je fais entrer la malade à la Communauté des Sœurs de la Croix, rue du Cherche-Midi, et, le lendemain, 2 septembre, je ponctionne le col à l'aide d'un trocard de 4 millimètres. Il s'écoule environ 200 à 250 grammes d'un liquide muco-purulent, légè-

rement teinté de sang, peu odorant, mais ressemblant aux produits de sécrétion du cancer de l'utérus, et dont la vue seule me suffit aujourd'hui pour un diagnostic catégorique, sans toucher ni examen au spéculum. Je fais un lavage intra-utérin antiseptique, et prescris des injections tièdes avec de l'eau additionnée d'une cuiller à bouche du liquide suivant :

Glycérine....	200 gr.
Teinture d'Eucalyptus.....	100 gr
Acide thymique.....	5 gr.

Je revois la malade le lendemain. Elle est enchantée du résultat de la ponction ; elle a cessé de souffrir ; sa nuit a été excellente. Les jours suivants, le mieux apparent se maintient, et, bien que continuant à avoir des écoulements sur lesquels j'attire son attention, elle se décide à quitter Paris le 13 septembre, convaincue que les injections et l'air de la mer qui commence à lui manquer vont la guérir. Ses illusions ont duré jusqu'au 15 octobre, époque à laquelle l'écoulement s'arrête à nouveau ; les douleurs reparaissent, les insomnies recommencent, aussi, le 10, s'empresse-t-elle d'accourir à Paris. L'orifice s'était oblitéré de nouveau, et je résolus de le rétablir à l'aide d'une large ponction faite avec le couteau du thermo-cautère. Pour maintenir l'ouverture, je passai tous les deux jours une sonde de fort calibre qui me servait en même temps à pratiquer des injections intra-utérines. J'employai successivement des solutions faibles de chlorure de zinc, d'iodoforme, d'acide acétique, de liqueur de Labarraque. La santé de Mme E..., paraissait assez bonne, bien que la situation anatomique ne se modifiât pas et que les écoulements persistassent avec ténacité, ne diminuant un peu que pendant les premiers jours d'injection d'un nouveau médicament, lorsque la malade, fatiguée d'une aussi longue absence, et inquiète d'ailleurs de la santé de son mari, auquel on venait

d'ouvrir un abcès du périnée, se décida à quitter Paris le 8 février.

Cinq ou six jours après, j'apprenais sa mort. Elle avait été prise de frissons et de violentes douleurs du ventre pendant son voyage ; arrivée chez elle, elle avait dû se mettre au lit et était morte vraisemblablement de péritonite.

OBSERVATION V

Un sarcome de l'utérus simulant un hématomètre. — Par le docteur FARIUS. (Communication faite à la Société d'Accouchements et de Gynécologie de Moscou). — *Annales de Gynécologie*, 1894, p. 224.

Femme de 56 ans, malade depuis cinq mois, se plaint de douleurs pongitives et revenant par accès dans le bas-ventre ; les règles sont arrêtées depuis cinq ans. La femme a eu huit enfants.

On reconnaît l'existence d'une tumeur pareille à un utérus gravide de 7 mois : les culs-de-sac sont effacés, le col et son orifice n'existent pas, ou se trouvent remplacés par une tumeur dure, lisse, ronde, non fluctuante, sauf en un point au-dessus de la symphyse. La malade ayant eu une leucorrhée abondante arrêtée depuis cinq mois, on suppose une accumulation du mucus dans l'utérus oblitéré, et on ouvre la cavité à l'aide d'un trocart enfoncé dans le point fluctuant ; il s'écoule un liquide sanguinolent et des caillots fibrineux ; on en enlève une grande quantité avec la curette mousse après avoir agrandi l'orifice. Cet orifice est ensuite tamponné et on fait par là des lavages

utérins tous les deux jours. L'exploration avec le doigt fait reconnaître des excroissances mamelonnées ; l'examen histologique de l'une d'elles montra qu'il s'agissait d'un *sarcome très vasculaire*. La tumeur ayant diminué d'un 1/3 après cette intervention, la malade quitta l'hôpital.

L'opération radicale était contre-indiquée par l'état athéromateux du système vasculaire de la malade.

OBSERVATION VI

Un cas de sarcome diffus de la muqueuse de l'utérus. — Par WARREN COLEMAN (*in The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, décembre 93, T. XXVIII, p. 814-15).

Il y a environ un an, le docteur James Mac-Kintosh, de Newberry, S. C..., m'envoya un fragment de tumeur enlevé d'un utérus par le curettage, en me priant de l'examiner. Comme je me prononçai pour du sarcome, il pratiqua très peu de temps après l'hystérectomie vaginale. L'utérus, mis dans l'alcool, me fut adressé. En en faisant une section verticale, je trouvai que sa cavité était presque complètement remplie par une masse molle, friable, d'une couleur légèrement rosée, très adhérente à la paroi dans toute son étendue, mais ne l'envahissant pas en apparence. Comme la quantité de néoplasme qui m'avait été primitivement envoyée, pour que j'en déterminasse la nature, était considérable, on peut en conclure que la cavité utérine, à l'époque du curettage, devait être complètement remplie par les productions morbides. L'orifice externe est béant, et mesure 2,5 cent.

dans son diamètre transversal et 1,2 dans son diamètre antéro-postérieur. Les dimensions de l'utérus sont les suivantes : diamètre vertical, 12,7 cent.; profondeur de la cavité, 9,6 cent.; circonférence juste au-dessous des trompes de Fallope, 20,5 cent. circonférence au niveau de l'orifice interne, 14,7 cent.; épaisseur de la paroi au niveau du fond, 1,2 cent.; au niveau de la partie moyenne, 8 mm.; juste au-dessus de l'orifice interne, 6 mm.

Les trompes de Fallope ne sont pas hypertrophiées et, à première vue, paraissent normales.

Examen histologique. — J'ai examiné plusieurs portions du néoplasme, le col utérin et un lambeau du vagin, la paroi utérine au niveau du fond, les trompes de Fallope. J'ai trouvé la tumeur constituée par de grosses cellules rondes et fusiformes ; quelques cellules géantes étaient disséminées çà et là dans l'épaisseur de la masse. Aucun stroma ne peut être mis en évidence ; les cellules sont maintenues juxtaposées par une espèce de ciment. Dans certains points du néoplasme, il existe de gros vaisseaux sanguins, et ceux-ci sont assez nombreux pour suggérer l'idée d'un angio-sarcome ; on aperçoit une très grande quantité d'autres vaisseaux plus petits et des capillaires qui traversent la masse dans toutes les directions.

Le col est normal, abstraction faite des modifications séniles que l'on doit s'attendre à rencontrer chez une femme de l'âge de notre malade. Le revêtement épithélial est intact. Le vagin est sain.

La paroi du corps de l'utérus montre les modifications déjà observées au niveau du col, mais la muqueuse fait défaut ; elle est remplacée par le tissu sarcomateux, qui s'étend jusqu'à la couche musculaire et s'y arrête brusquement. Le long de la ligne de jonction, on voit par hasard une cellule géante ; il existe, en différents points, une légère infiltration de cellules rondes dans le tissu musculaire.

Au niveau du fond, il y a également absence de membrane muqueuse, et le néoplasme s'enfonce dans le tissu musculaire, mais ne l'a pas encore envahi actuellement; cela était prévu d'ailleurs, car, dès le premier coup d'œil, on pouvait juger avec quelle facilité la production morbide se détachait de la paroi utérine. On aperçoit, en ce point, de nombreux vaisseaux à parois minces qui passent de l'utérus dans la tumeur.

Trompes de Fallope. — Ni l'une ni l'autre ne sont envahies par le néoplasme dans une étendue supérieure à 8 ou 12 mm.

Histoire clinique. — Ce cas fut observé dans la clientèle du docteur B. W. Taylor, de Colombia, S. C. La malade était âgée de 67 ans, de parenté américaine, et avait eu sept enfants. Les règles cessèrent à 55 ans, et la ménopause s'établit sans incident notable. Un écoulement sanguin, d'origine utérine, apparut environ un an et demi avant l'époque de l'opération que nous avons mentionnée, c'est-à-dire l'hystérectomie. La malade subit deux curettages qui lui procurèrent un soulagement momentané. L'opération radicale fut pratiquée le 24 octobre 1892. Peu de temps après celle-ci se manifestèrent des douleurs abdominales, et deux semaines avant la mort apparut un nouvel écoulement sanguin. Le 26 janvier 1893, la malade fut atteinte d'une hémiplegie gauche, et tomba dans un état comateux qui s'aggrava progressivement jusqu'à la mort, survenue trois jours après. L'autopsie ne fut pas accordée, mais un examen pratiqué avant la mort fit reconnaître une tumeur occupant la région de la fosse iliaque droite, mesurant 10 cent. dans un sens et 5 dans l'autre, et une seconde tumeur au-dessous de l'ombilic, mesurant 15 et 7 cent. Le fond du vagin était rempli par une tumeur molle, facile à déchirer, et saignant abondamment au moindre contact.

OBSERVATION VII

Sarcome diffus végétant de la muqueuse utérine. Hystérectomie vaginale. Guérison. — Par le docteur DOLÉRIS, accoucheur des hôpitaux. (Société obstétricale et gynécologique de Paris. Séance du 18 mars 1887). *Archives de Tocologie* 1887, p. 364.

Mme Anselin (Adèle), âgée de 62 ans, se présente le 12 janvier 1887, à la clinique gynécologique du docteur Dolérís.

Cette femme se plaint de douleurs violentes à la région sus-pubienne et d'un écoulement sanieux, fétide, par le vagin.

Ses père et mère sont morts d'accidents; une sœur est morte jeune; une autre a succombé à cinquante ans aux effets d'un *ulcère rongéant du bras né sur un cautère permanent*?

Elle est d'une bonne constitution, de nature vive et nerveuse, et n'a jamais été sérieusement malade. Vers l'âge de 16 ans, bronchite *a frigore* légère, qui a dégénéré en un catarrhe persistant depuis une vingtaine d'années.

Menstruation à dix-huit ans, régulière, peu abondante, durant quatre jours chaque mois. Mariage à 24 ans. Deux enfants en deux ans; grossesse et accouchements normaux.

Le premier enfant meurt en nourrice d'athrepsie, le second est actuellement vivant et bien portant.

Ménopause à 48 ans, sans aucun trouble (il y a 14 ans).

Depuis deux ans environ (1885), elle a commencé à s'apercevoir d'un léger écoulement sanguin qui, en peu de temps, s'est tellement accentué que la malade, selon son expression, est *constamment dans le sang*. Les pertes alternent parfois avec

l'écoulement d'un liquide très abondant, à peine coloré en rouge, et elles s'accompagnent de douleurs vives dans le ventre.

Par périodes et surtout depuis quelques mois, le liquide qui s'écoule par la vulve est d'une fétidité extrême.

L'appétit a diminué, et depuis six mois la malade a maigri considérablement; elle a aujourd'hui un aspect cachectique très prononcé. Elle se plaint d'une toux pénible, avec expectoration abondante surtout dans la matinée.

Elle est examinée le 12 janvier par le docteur Doléris, qui constate l'état suivant. En raison du soulèvement de l'utérus, le col utérin paraît très amoindri, c'est-à-dire qu'il ne fait presque pas saillie dans le vagin, dont le fond se termine en un cul-de-sac où l'on sent l'orifice externe. Il est très difficile de saisir les lèvres avec les pinces; mais, une fois saisies, il est très aisé de pratiquer l'abaissement.

L'orifice du col est étroit, à peine entr'ouvert, mais permet cependant l'introduction du cathéter. On constate alors que l'utérus est notablement agrandi, que sa cavité mesure 40 centimètres. Il y a en même temps écoulement d'un liquide sanguin, fétide et surtout très abondant.

Palpation. — L'utérus est volumineux, très perceptible par la palpation bien au-dessus de la symphyse pubienne.

Le fond dépasse la symphyse de trois travers de doigt. La forme générale de l'organe est plutôt sphérique qu'ovoïde, en raison de l'accroissement de son diamètre transversal. La consistance en est beaucoup moindre qu'à l'état normal et cette mollesse est par moments caractéristique. La surface en est régulière et la mobilité parfaite dans tous les sens. La palpation profonde du bassin montre qu'aucune adhérence, aucune induration n'existent autour de l'utérus, et le toucher confirme aussi l'intégrité du paramétrium.

Sur-le-champ, M. Doléris introduit le dilatateur de Sims, puis

la curette tranchante de Récamier, afin de pratiquer un curage explorateur.

La curette ramène des débris nombreux de tissu fongueux ; quelques portions sont même sphacélées, et expliquent la fétidité de l'écoulement. Après cette exploration, M. Doléris introduit un écouvillon enduit de glycérine créosotée (créosote à 1/3) et nettoie ainsi toute la cavité utérine.

Pendant l'introduction de la curette, l'utérus semblait se distendre et sa cavité s'allonger, car l'instrument pénétrait de plus en plus profondément. Rien ne s'écoulait à ce moment par le col. Cette apparence commandait naturellement un redoublement de prudence dans les manœuvres intra-utérines, car la mollesse des parois pouvait faciliter leur perforation. Ce fut même un court moment d'anxiété que celui où la curette, longue de 20 centimètres environ, qui cependant était large et mousse à son extrémité, semblait près de disparaître dans la cavité utérine, dont la profondeur, révélée à l'instant même par l'hystérométrie, n'était pourtant que de 10 centimètres environ. La main placée sur le fond de l'utérus sentait très bien l'extrémité de l'instrument au travers de la paroi abdominale, mais on appréciait mal l'épaisseur des tissus qui la séparaient de la curette. Toutefois, des mouvements latéraux imprimés à celle-ci n'étaient point perçus par la main placée sur l'abdomen, ce qui éloignait l'idée de toute perforation. Voici l'explication de cette singularité. M. Doléris retira l'instrument ; on vit sortir alors par l'orifice du col, qui depuis le commencement était maintenu par une pince, un large flot d'un liquide rouge clair, ayant la consistance de la gelée de groseille, suivi d'un liquide moins épais et plus foncé. Il devint évident que la cavité utérine, incapable de tonicité et de résistance, s'était laissée distendre par le sang coagulé dont l'écoulement avait été empêché par l'étroitesse du col. Ce bouchon paraissait être un mélange intime d'un liquide muqueux

et de sang. Après son expulsion, l'utérus revint promptement sur lui-même. Après le nettoyage des voies génitales, on place un tampon iodoformé dans le vagin.

En présence de ces signes seuls. M. le docteur Doléris émet le diagnostic d'endométrite chronique végétante des vieilles femmes ou de sarcome utérin. L'examen à l'œil nu des débris muqueux et surtout le sphacèle de ces débris le font incliner pour une néoplasie maligne diffuse de la muqueuse.

L'examen microscopique, pratiqué instantanément au laboratoire par M. Zinowief, vint confirmer cette opinion, et il s'agissait bien d'un sarcome ayant envahi tout le corps de l'utérus. Le col paraissait indemne dans toutes ses portions vaginale et sus-vaginale. L'examen des fosses iliaques n'ayant pas permis de reconnaître des ganglions dégénérés dans les ligaments larges, on en conclut que le néoplasme n'a atteint que le revêtement interne du corps à partir de l'orifice interne du col ; c'est dans ces cas seulement qu'on observe d'ordinaire la non-propagation aux lymphatiques.

Après s'être reposée plusieurs heures, la malade regagne son domicile, 40, rue du Faubourg-Saint-Germain.

Le 13 janvier, elle revient et n'accuse aucune souffrance ; elle a dormi et passé une bonne nuit. On change le tampon ; la malade perd un liquide rouge rose, en assez grande quantité, mais moins fétide. On lui fait, après injection antiseptique, un nouveau pansement.

Le 14 janvier, nouveau pansement. L'écoulement persiste. mais la malade dit que les douleurs ont beaucoup diminué. Elle se plaint d'une toux qui la fatigue beaucoup ; il y a une légère recrudescence dans sa bronchite chronique, qui ne permet pas d'intervention plus active pour le moment.

La malade est alors soignée par Madame Schultz, qui lui fait des injections antiseptiques et des pansements quotidiens.

Elle revient à la Clinique le 15 février. L'écoulement est redevenu fétide, très abondant et l'épuise beaucoup. L'utérus est notablement plus volumineux qu'autrefois. La malade est dans un état d'affaiblissement très prononcé. Il y a perte d'appétit complète. La pâleur et l'amaigrissement sont extrêmes; elle arrive à un degré d'émaciation très avancé.

En présence de ces signes : bronchite chronique, état cachectique très marqué, affaiblissement de la malade, son âge avancé, l'hystérectomie est discutée. La femme réclame à tout prix une opération qui la débarrasse.

Elle préfère en courir les risques, qu'on ne lui a pas dissimulés comme devant être très graves, que de vivre dans une condition aussi misérable. Il y a lieu d'étudier le mode opératoire qui pourrait convenir au cas particulier. La tumeur est très volumineuse, ses parois faibles; le vagin est étroit et l'ouverture vulvaire l'est encore davantage. Il sera très difficile de faire passer l'utérus par la voie vaginale.

D'un autre côté, la laparotomie n'offre, pour ainsi dire, pas de chances de réussite. Le choc, à l'âge de la malade, risque d'être certainement fatal. La perte de sang, malgré la ligature réglée et successive des ligaments larges, sera de beaucoup plus abondante que par la méthode vaginale. Enfin, les cavités utérine et vaginale sont septiques à coup sûr. Une fois ouvertes pour l'ablation du corps seul ou de la totalité de l'organe utérin, il restera une voie de communication avec le vagin, que ni la cautérisation au fer rouge, ni les sutures ne pourront isoler suffisamment du péritoine, vu l'ancienneté et la permanence de l'infiltration des parois par les éléments septiques provenant de l'écoulement fétide. De plus, l'ablation totale sera-t-elle possible par le ventre ? Ce raisonnement, basé sur le parallèle des deux modes d'intervention, fait pencher du côté de celle qui offrira peut-être le plus de difficultés opératoires, mais qui assurera,

par contre, le maximum de sécurité à la patiente. On se résoudra à morceler la tumeur si son volume excessif le commande.

L'hystérectomie totale par la voie vaginale est donc décidée, mais les mauvaises conditions dans lesquelles elle est entreprise ne donnent que peu d'espoir. Néanmoins M. Doléris ne veut pas refuser à cette femme la seule chance de survie qui lui reste.

Les 18 et 19 Février, on prépare la malade par des lavages antiseptiques, l'application de tampons iodoformés, etc. Elle est purgée le 19, et prend un lavement le 20 au matin.

— *L'opération* a lieu le 20 Février, à dix heures du matin, avec l'aide des docteurs Bonnet, Godet, Malibran, et M^{me} Schultz. Chloroformisation comme à l'ordinaire, précédée d'injection hypodermique de morphine.

La vulve est très étroite, et l'abaissement de l'utérus, qui est très volumineux, assez difficile.

Le col est absent de la cavité vaginale ; il est représenté uniquement par l'orifice externe.

M. Doléris pratique une incision circulaire à un 4 centim. environ de cet orifice et fait avec l'index un décollement périphérique. Le col apparaît peu à peu, très long, facile à décoller de ses insertions vaginales ; mais cette longueur du col entraîne des difficultés assez grandes pour atteindre les culs-de-sacs péritonéaux. La friabilité du tissu expose à des méprises quant aux rapports des organes. Enfin, on réussit à pratiquer l'ouverture successive des culs-de-sac postérieur et antérieur ; mais ce temps de l'opération est très long. Dans ces manœuvres, la paroi antérieure du col est déchirée au niveau de sa portion sus-vaginale ; on la saisit au moyen de pinces ; mais il est difficile d'éviter le passage de produits septiques dans le péritoine.

M. Doléris introduit sa pince-clamp démontable sur le liga-

ment large du côté droit, et la section de ce ligament est pratiquée. Les difficultés s'accroissent surtout pour la bascule latérale, qui est impossible en raison du volume énorme de l'utérus. On se résout, après ces tentatives au cours desquelles la paroi utérine dégénérée a été déchirée de nouveau par des pinces à griffes servant aux tractions, à placer un second clamp sur le ligament, l'utérus étant en place.

Les tentatives d'extraction directe de l'utérus sont impossibles. Les mêmes difficultés que pour la bascule se représentent, même en combinant aux tractions la pression exercée sur le fond de l'organe par un aide. Cette extraction étant impossible, il faut pratiquer le morcellement de la matrice.

L'extraction est longue et pénible.

Irrigations antiseptiques dans le vagin. On aperçoit l'intestin qui a quelque tendance à descendre. Après une pulvérisation d'iodoforme, on applique sur les parties cruentées un point de suture médian, qui réunit les parois antérieure et postérieure du vagin. Jusque-là, il n'y eut point d'hémorrhagie appréciable ; une seule petite artériole du col avait donné seulement un peu de sang. Mais, à ce moment, un flot de sang jaillit du ligament large droit ; il est visible qu'une des branches de l'artère utérine a été lâchée par la pince à la suite des tractions énergiques sur l'utérus. On saisit rapidement cette artère avec de longues pinces à forcipressure ; on place ensuite quelques autres pinces sur les points qui saignent et on fait un tamponnement léger avec de la gaze iodoformée.

L'opération a duré 1 h. 1/2, préparatifs et pansement compris.

La malade est réveillée, rapportée dans son lit, et réchauffée ; on ne lui administre du champagne qu'une heure après.

Suites opératoires. — La malade a été confiée spécialement aux soins de M. le docteur Malibran et de M^{me} Schultz.

Deux heures après l'opération, temp. 40°. La malade vomit tout liquide. Pas d'écoulement vaginal.

— *Soir* : Extrait thébaïque, 0,05 centgr. Temp. 37°8, miction artificielle.

21 février : — Liquides, pris en petite quantité, sont gardés (champagne, cognac), légère tension du ventre jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Douleurs abdominales mal définies et très supportables. Ventre un peu sensible à la pression. Agitation. Extrait thébaïque matin et soir.

22 février : — Le ballonnement abdominal s'accroît, et s'arrête au niveau de l'ombilic. Etat de prostration dû probablement à l'opium. Pas de vomissements. Faiblesse générale, froid, température au-dessus de 37,2. Injections d'éther sous la peau.

On retire les pinces un peu plus de 48 heures après l'opération. Pas d'écoulement, lavage de la vulve, et pansement vaginal avec du coton iodoformé. Miction naturelle à partir de ce moment.

23 février. — Le ballonnement, toujours léger comme volume, s'élève jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Agitation, soif, ventre sensible à la pression, sachet de glace sur l'abdomen, boissons alcooliques glacées. Température normale, nuit bonne.

24 février. — Le ventre est dégonflé de moitié, seulement un peu sensible à la pression. La malade avale un œuf battu dans du vin de Champagne. — La température, normale dans la journée, s'élève tout à coup le soir, 11 heures, à 39°. Néanmoins la nuit est bonne.

25 février. — Température matin et soir normale. Ventre à peine sensible, complètement plat. On enlève le sachet de glace. Garde-robe spontanée, moulée. — La malade garde tous les liquides qu'elle absorbe. Injection antiseptique, plutôt vulvaire que vaginale; le pansement du vagin avec les bourdonnets iodoformés est continué et renouvelé.

26 février. — Même état.

27 février. — Même état général; mais il s'écoule de la vulve un muco-pus crémeux d'odeur fétide. Injections vaginales répétées. Pansement iodoformé. Il faut dire que les manœuvres opératoires avaient produit une multitude d'érosions dans le vagin, sur la vulve, et que toute ces surfaces ont donné lieu à un suintement très épais et odorant.

28 février. — Même état, même traitement.

1^{er} mars. — Même état, même traitement.

2 mars. — Même état. L'écoulement muco-purulent cesse, mais devient sanguinolent, l'odeur est moins accentuée. Les pellicules sphacélées qui recouvraient les érosions, ont laissé à leur place des surfaces avivées. Même traitement.

3 mars. — L'écoulement muco-purulent se montre de nouveau, mais moins abondant. Injections phéniquées, tampons iodoformés. Etat général excellent.

Le 4, 5, 6, 7, 8, 9, l'écoulement diminue de plus en plus; l'odeur est atténuée.

La malade mange et demande à se lever depuis huit jours.

Examen et Description de la pièce : — L'utérus, reconstitué par l'assemblage des fragments séparés pendant l'opération, mesure quatre fois à peu près le volume d'un utérus ordinaire. Il a l'apparence d'une grosse poire peu allongée et se rapprochant plutôt de la forme sphéroïdale.

Le *col* est indemne de tout état morbide apparent, sauf au niveau de l'orifice interne.

La *surface externe péritonéale* est lisse, régulière, et n'est atteinte d'aucune dégénérescence.

Muqueuse : — Le corps et le fond de l'utérus offrent sur leur surface interne une dégénérescence sarcomateuse accentuée. La muqueuse a disparu et à sa place on voit la cavité utérine tapissée en entier par un tissu végétant, friable, ramolli, de

couleur rosée à l'état frais, blanchâtre après séjour dans l'alcool. Ce tissu est mamelonné et présente par endroits des proéminences de consistance plus molle que le reste, laiteuses à la coupe et infiltrées par places aussi bien qu'à la surface de nappes apoplectiques plus ou moins étendues. Quelques ecchymoses récentes, superficielles, et, en certains points, plaques de sphacèle peu étendues.

C'est le type du sarcome végétant diffus de la muqueuse. La néoplasie forme à la paroi interne de l'utérus une coque d'épaisseur variable, mais partout continue et n'ayant laissé nulle part aucun vestige de la muqueuse au sein et aux dépens de laquelle elle s'est développée.

Les coupes pratiquées en divers points permettent d'apprécier les différences d'épaisseur de la nappe sarcomateuse. Elle varie de quelques millimètres (4 à 5) aux endroits les plus minces, jusqu'à 2 à 3 centimètres aux endroits des proéminences les plus saillantes.

La végétation s'arrête aux orifices tubaires et à l'orifice interne du col, de sorte que ces conduits sont exempts de néoplasie maligne.

Paroi musculaire. — Sur les coupes perpendiculaires à la paroi utérine, il est très facile de délimiter, à l'œil nu, la membrane interne, malade, épaissie, de la paroi musculaire. Celle-ci est restée intacte; mais elle est notablement amincie, son épaisseur, à peu près uniforme, est d'environ 7 à 8 millimètres au maximum. Même après un séjour prolongé dans l'alcool faible, on voit encore la coloration rosée de la paroi musculaire faisant contraste avec la coloration blanc laiteux de la muqueuse envahie et infiltrée par le sarcome.

Examen microscopique. — pratiqué par M. Zinowief. [M. le docteur Doléris montre les préparations faites dans son laboratoire]. — La coupe est perpendiculaire à la surface et comprend toute l'épaisseur de la paroi utérine.

La partie externe (musculaire) est colorée d'une manière intense par le carmin. La partie interne (sarcomateuse) présente une coloration rouge jaunâtre moins uniforme.

La ligne de démarcation entre les tissus sarcomateux et musculaire est partout très nette et divise la paroi utérine en deux bandes ou zones indépendantes séparées par un espace clair et vide.

Zone musculaire. — Augmentation appréciable des éléments fibreux. Les cellules musculaires sont bien conservées partout. Point de noyaux sarcomateux.

Zone végétante. — Cette partie dégénérée est composée de cellules rondes, petites, réunies en amas plus ou moins considérables, séparés par des travées fibreuses. En beaucoup d'endroits, on trouve des hématies mélangées à des cellules sarcomateuses. En d'autres, on voit que ces cellules sont envahies par une dégénérescence graisseuse avancée. Vaisseaux assez nombreux.

OBSERVATION VIII

Un cas de sarcome de l'utérus. — Par le docteur H. HAYDEN, M.D.
in Boston Medical and Surgical Journal, 1874, XC. 390-394.

Mrs. O..., mulâtresse, âgée de 59 ans, est admise en janvier 1872 à l'hôpital des « Vieilles femmes de couleur ». Elle a toujours joui d'une bonne santé. Son père, disait-on, était mort de cancer de l'estomac ; sa mère aurait succombé à une maladie des intestins. Cette femme a eu un enfant ; la menstruation s'arrêta chez elle à l'âge de 45 ans ; pendant l'hiver où elle se produisit la malade éprouva des troubles plus ou moins marqués en rap-

port avec la cessation de cette fonction. Elle se porta ensuite très bien jusqu'à l'hiver suivant, époque à laquelle elle fut de nouveau incapable de travailler, par suite de douleurs violentes, ressenties dans la poitrine et les intestins. Celles-ci ayant disparu, elle eut une excellente santé, et travailla énormément pendant douze ans.

En juin 1867, elle sentit, affirme-t-elle, quelque chose se déplacer dans l'aîne droite, au moment où elle soulevait un fardeau ; elle tomba malade quelques jours après, et la menstruation se produisit de nouveau régulièrement pendant 5 mois, les règles duraient quatre ou cinq jours, donnaient lieu à un écoulement de sang modéré, et étaient précédées, comme elles l'étaient autrefois chez elle, de douleurs dans les membres et dans le dos. Dans l'intervalle des règles, la malade avait des pertes blanches ; cet écoulement continua dans la suite, alternant parfois avec des pertes rouges, mais ne fut jamais très abondant jusqu'à la fin de 1871, époque à laquelle des pertes considérables, quotidiennes, commencèrent à se produire. Vers cette époque aussi, elle commença à éprouver des douleurs très vives ; ces douleurs, dont le siège habituel était la partie inférieure de l'abdomen, elle les avait déjà précédemment ressenties pendant un laps de temps assez long, mais jamais à un tel degré. Elle fut obligée de cesser tout travail et de garder le lit en janvier 1872 ; ce repos momentané eut pour résultat une atténuation de tous les symptômes ; mais il ne se passait pas encore un seul jour sans que la malade n'eût à souffrir de quelque douleur, ou d'un écoulement très désagréable.

22 mars 1872. — Avec l'assistance du docteur Hall Curtis, la malade fut éthérisée, et on pratiqua un examen vaginal :

L'orifice externe était suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de l'extrémité de l'index ; celui-ci rencontra, à une courte distance dans la cavité cervicale, une masse molle, friable,

qui semblait se détacher du fond de la cavité utérine, et dont quelques petits fragments furent entraînés par le doigt. Ces fragments furent examinés au microscope par le docteur J. C. Warren, qui trouva une très grande quantité de petites cellules rondes et fusiformes, et émit l'opinion que le néoplasme était un sarcome.

La malade avait beaucoup maigri et ses forces avaient diminué considérablement depuis l'automne précédent. Il existait une anorexie presque complète ; on observait plutôt de la constipation, mais la défécation ne s'accompagnait pas de douleur. Miction naturelle et non douloureuse.

Le traitement, pendant tout le cours de la maladie, consista principalement en injections hypodermiques de morphine pour calmer les douleurs dont se plaignait la malade ; on donna en outre des toniques, etc.

L'été suivant (1872), la malade commença à souffrir de troubles gastriques variés, très pénibles, de salivation profuse, de nausées bien que ne vomissant jamais, et parfois de crises de gastralgie. L'appétit était toujours mauvais ; grande sensibilité à la pression au niveau de l'épigastre, mais on ne sentait pas de tumeur.

29 août 1872, voici ce qui est noté : on a augmenté les doses de morphine, car la malade souffre toujours énormément lorsqu'elle est privée de ces injections. Les symptômes gastriques se sont un peu amendés dans ces derniers temps. L'écoulement vaginal est toujours abondant, et parfois très coloré par le sang.

Avril 1873 : la malade traîne une vie languissante sans modification notable dans les symptômes.

23 août 1873 : la malade va sans cesse en s'affaiblissant ; on augmente de plus en plus les doses de morphine, pour calmer la douleur qui siège surtout à l'hypogastre ; anorexie complète ;

la malade prend très peu de nourriture. Ecoulement abondant souvent fortement coloré.

La malade meurt le 1^{er} septembre 1873.

L'autopsie fut pratiquée par le docteur John Honmans : — Emaciation extrême de tout le corps. — Estomac contracté, muqueuse pâle et plutôt mince ; aucune lésion en dehors de cela. A l'exception de l'utérus, tous les autres organes abdominaux étaient sains. Je remis l'utérus au docteur James R. Chadwick en le priant de l'examiner, et je lui dois le rapport suivant :

Longueur de l'utérus : 10,5 centim. ; profondeur de la cavité : 9 centimètres ; largeur de l'utérus au niveau de l'insertion des ligaments ronds : 6,7 centimètres ; épaisseur : 4,5 centim.

La cavité utérine est presque remplie par une tumeur irrégulièrement lobulée, qui s'est développée sur toute l'étendue de la surface interne de l'organe, excepté au niveau du col. L'orifice de la trompe droite semble être oblitéré, mais celui de la trompe gauche paraît perméable. Le col de l'utérus ne fait qu'une légère saillie au fond du cul-de-sac vaginal ; il présente une déchirure profonde, cicatrisée, et n'est certainement pas envahi par le néoplasme. L'orifice externe admet facilement la pointe de l'index. Les parois de l'organe sont quelque peu épaissies. Les limites de la tumeur ne se distinguent pas nettement du véritable tissu utérin. En un point de la surface antérieure du corps existe un nodule mou, élastique, de la grosseur d'un pois ; en l'incisant, on trouve qu'il contient du pus.

Les ovaires et les extrémités libres des trompes sont unis à l'utérus par des adhérences solides.

L'examen histologique du néoplasme montre qu'il est entièrement constitué par des cellules rondes et des cellules de forme irrégulière, et qu'il s'agit d'un sarcome médullaire.

OBSERVATION IX

Sarcome diffus de la muqueuse utérine, enlevé par l'hystérectomie vaginale. — Par J. W. DUNBAR HOOPER, [*in Australian Medical Journal*, Melbourne. 1894, n. s. xvi, p. 323-328

Mrs. J. B. . . . , âgée de 26 ans, mère d'un enfant âgé de cinq ans, jouit d'une bonne santé, et eut une menstruation régulière, non douloureuse, revenant tous les vingt-huit jours, jusqu'en Juillet 1893, époque à laquelle elle éprouva pour la première fois des douleurs dans la région hypogastrique, vit ses règles devenir irrégulières, ménorrhagiques, et maigrit. Plus tard, se produisirent des métrorrhagies, mais les écoulements n'étaient pas fétides. Elle consulta un docteur qui la traita pour une ulcération de l'utérus, et lui fit un curettage, en Octobre dernier. Un autre médecin, qui la vit, lui fit subir le même traitement en Mars 1894. Elle n'en retira aucun bénéfice, et, après être restée au lit pendant six mois, comme elle s'affaiblissait de plus en plus et maigrissait d'une façon évidente, elle se présenta et fut reçue à Women's Hospital, où, le 18 Mai, je l'examinai minutieusement, après l'avoir anesthésiée. L'hystéromètre pénétra de douze centimètres dans la cavité utérine, et l'examen, pratiqué cependant d'une façon très douce, fut suivi d'hémorrhagie. L'utérus était en bonne position ; il ne semblait pas y avoir d'adhérences, et les annexes étaient sains. Mais l'aspect du col était intéressant ; sa surface extérieure présentait des stries pâles, disposées en forme de réseau, et légèrement déprimées ; on n'observait du reste aucune solution de continuité

dans la muqueuse de cette portion de l'utérus. Il y avait une déchirure simple du col, mais pas d'ulcération. Ayant complètement dilaté et exploré la cavité utérine, j'enlevai une saillie rougeâtre, comme veloutée, de la muqueuse, et de plus une parcelle de la lèvre antérieure du col. [Le Dr Mollison eut l'obligeance d'examiner ces fragments ainsi que d'autres échantillons enlevés 4 jours après]. Il n'y avait dans la famille aucun antécédent de cancer ou de tuberculose ; la malade ne présentait ni sueurs, ni fièvre, ni toux. Durant son séjour à l'hôpital, un repos complet, des astringents et d'autres médicaments furent impuissants à arrêter les hémorrhagies. Au reçu du rapport du Dr Mollison, rapport ci-joint, j'appelai en consultation l'honorable Staff, et, à la fin de Mai, je pratiquai l'opération. (Suit la description de l'opération, c'est-à-dire l'hystérectomie vaginale).

Shock considérable après l'opération ; celle-ci avait été rendue pénible par le volume de l'utérus et l'étroitesse du vagin. Oligurie, qui disparaît avec le shock.

Voici le rapport du docteur Mollison — Le 19 et le 22 mai dernier, le docteur Hooper me fit parvenir des pièces provenant du col utérin d'une de ses malades, à Women's Hospital. Ces pièces présentaient l'aspect microscopique suivant :

On reconnaissait sur les coupes l'épithélium de revêtement de la surface interne, le tissu conjonctif et le tissu musculaire situés au-dessous. Les cellules épithéliales présentaient des signes d'irritation, étant considérablement augmentées en nombre, avec une légère tendance à pénétrer dans le tissu sous-jacent. Il n'y avait cependant pas d'amas bien nets de cellules dans celui-ci. Plus profondément dans la substance du col, se trouvaient des collections de cellules rondes, intimement unies entre elles, sans substance intercellulaire appréciable, et de volume un peu innégal. Elles offraient tous les caractères des cellules rondes du sarcome. —

Le 31 mai, on m'apporta l'utérus, auquel étaient attachés la trompe et l'ovaire gauches, en me priant de les examiner. L'utérus était certainement hypertrophié ; mesuré après avoir séjourné quelque temps dans l'alcool, et étant par conséquent rétracté, il présentait encore les dimensions suivantes : de l'orifice externe à la surface péritonéale, au niveau du fond : 9, 3 centimètres ; de l'orifice externe au fond de la cavité utérine : 8, 5 centimètres ; épaisseur maxima de la paroi utérine, 3 centimètres ; poids de l'organe : 95 grammes. Le canal cervical et la cavité du corps étaient quelque peu dilatés, et tapissés par un tissu gris, mou, absolument différent de la muqueuse ordinaire. Ce tissu se distinguait nettement de la couche musculaire située au-dessous, et son épaisseur était d'environ 1/2 centimètre. Au niveau du fond de la cavité utérine, et du côté gauche, il avait commencé à proéminer dans la cavité, et présentait une surface nodulaire, comme s'il avait eu de la tendance à former des excroissances polypoïdes. Une coupe pratiquée à ce niveau, montra, sous le microscope, une infiltration extraordinaire de la muqueuse par des cellules rondes, semblables à celles qui avaient été observées sur des sections du col. Ces cellules, par leur volume plus considérable, par leur forme plus irrégulière, par leur agencement particulier, différaient de celles que l'on a coutume de voir dans les affections de nature inflammatoire ; il existait une infiltration bien nette du tissu musculaire, dans lequel on apercevait, à quelque distance de la couche néoplasique, des groupes de cellules intimement unies les unes aux autres. L'épithélium des glandes de la muqueuse présentait une multiplication de ses éléments, et quelques-uns de ceux-ci étaient dégénérés.

Le diagnostic est donc : sarcome diffus de la muqueuse utérine.

OBSERVATION X

Sarcome intra-utérin. Cas. IV. — Par A. SIMPSON, M. D. (*in The Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, 1875-6, tome III, p. 759-774).

Mme C....., âgée de 45 ans, entre à la salle 19, le 4 octobre 1875. Mariée depuis 25 ans, elle est mère de 10 enfants, dont l'aîné a 23 ans, et le plus jeune, 9. Elle avait toujours eu une menstruation régulière et joui d'une excellente santé, lorsque, il y a 18 mois, elle commença à éprouver des pertes. Pendant ces quatre derniers mois, elle ressentit de temps en temps des douleurs, qui lui rappelaient celles de l'accouchement. Il y a sept semaines se produisirent des pertes qui ont duré quatre semaines ; de gros caillots sortaient parfois par la vulve. Pendant une quinzaine de jours, l'hémorragie cessa, mais la malade eut alors un écoulement de nature aqueuse très abondant, et huit jours avant son entrée dans le service, la métrorrhagie reparut. La santé générale avait grandement décliné ; le pouls était faible et fréquent ; le facies, cachectique. On ne trouvait rien à la palpation abdominale. Le toucher vaginal permettait de constater que l'utérus était hypertrophié. Le col était mou ; l'orifice externe béant admettait facilement la pointe de l'index ; celui-ci pouvait pénétrer jusqu'à l'orifice interne, et rencontrait à ce niveau une substance ayant la consistance d'un caillot mou. Le canal cervical ayant été ultérieurement dilaté avec une tente-éponge, je trouvai la cavité utérine très agrandie ; les parois antérieure et postérieure étaient tapissées par des masses molles, bosselées, irrégulières, d'une substance dont une portion plus volumineuse

et plus saillante prenait naissance sur le fond de l'utérus. Mais quand j'essayai de pratiquer l'examen combiné, interne et externe, les parois de l'utérus me donnèrent si bien l'impression qu'elles étaient sur le point de se déchirer, et le sang se mit à couler à ce moment si abondamment chez cette femme, déjà affaiblie, que je dus m'arrêter et combattre l'hémorrhagie par une copieuse application de perchlorure de fer dans la cavité utérine, et l'introduction d'un tampon vaginal. La malade se remit promptement des effets de cette hémorrhagie, et s'en retourna chez elle, car on ne pouvait espérer aucun bon résultat d'une intervention chirurgicale ultérieure.

Elle a éprouvé moins de douleur depuis la dilatation du col utérin, et les hémorrhagies sont rares : mais l'écoulement de nature aqueuse est plus abondant que jamais, et très désagréable. — Un petit fragment du néoplasme enlevé avec l'ongle montre l'aspect caractéristique du sarcome à cellules fusiformes. Quelques cellules épithéliales volumineuses, avec double noyau, qui se voient sous le champ du microscope, doivent avoir été détachées du canal vaginal pendant l'ablation du fragment spécimen du néoplasme. On ne voit du moins aucun amas de cellules, groupées dans des interstices du tissu conjonctif, comme on en observe dans les cas de carcinome.

Nous avons donc, dans le cas actuel, un exemple de sarcome diffus de la muqueuse utérine.

OBSERVATION XI

Sarcome de la matrice. — Extirpation. — Par le docteur SCHEFFER. (*Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*, tome XXIII, 1886).

La femme F..., âgée de 51 ans, mère de huit enfants, dont le plus jeune a 9 ans, fut toujours bien réglée, eut des couches

normales, et put vaquer à ses affaires sans jamais avoir été sérieusement malade. Bien qu'actuellement à l'âge critique, ses règles ne présentent aucune anomalie. Depuis le mois de janvier 1886, la malade fut prise, sans aucune cause spéciale, d'un ténesme vésical douloureux ; elle fut obligée d'uriner d'abord toutes les deux heures, puis toutes les heures, enfin, au bout de peu de temps, tous les quarts d'heure, voire même toutes les cinq à dix minutes. Avant la miction et surtout après, la malade ressentait de violentes douleurs dans le bas-ventre et dans la région du sacrum ; dans les intervalles, l'abdomen restait douloureux à la palpation.

Les narcotiques, tels que morphine, opium, n'eurent qu'un résultat momentané ; les fomentations chaudes, les vésicants n'eurent aucun effet salutaire.

Cet état s'aggrava de plus en plus, si bien que la malade dut non seulement garder le lit, mais dépérit et tomba dans un état de faiblesse considérable ; l'appétit était nul ; bien que la soif la tourmentât, elle n'osait boire, de peur d'être obligée d'uriner davantage ; toutefois jamais on n'avait pu constater la moindre élévation de température. Quant aux règles, elles se montraient régulièrement, mais étaient plus abondantes : pas de fleurs blanches.

Au commencement du mois d'Avril, le docteur Lévy, son médecin, me pria de l'examiner avec lui. Un examen sous narcose fut nécessaire, vu l'extrême sensibilité de la malade ; néanmoins, nous ne pûmes constater qu'une hypertrophie du corps de la matrice ; à part cela, rien du côté de la vessie ni du rectum, ni des ovaires et des ligaments larges. Les urines, qui avaient déjà été examinées, ne présentaient actuellement rien d'anormal. Le diagnostic restait ténesme vésical, mais par exclusion nous songeâmes à un carcinome de la matrice comme cause probable.

Dans le but d'éclaircir ce point, la femme fut transportée à l'hospice israélite, et nous priâmes le docteur Hüter de nous aider dans ce diagnostic douteux. Il fut d'avis de dilater le col et de procéder à un grattage. Le 10 avril, sous narcose, après dilatation préalable, le grattage fut fait et les parties de muqueuse épaissie, ainsi amenées au-dehors, furent portées toutes fraîches à M. le professeur de Recklinghausen. Il émit le diagnostic d'un sarcome de la muqueuse utérine.

La malade réclamant une intervention quelconque, pourvu qu'elle fût soulagée de ses douleurs, l'extirpation de la matrice nous sembla suffisamment justifiée, d'autant plus que, durant les huit jours qui suivirent le grattage, la malade fut tourmentée par le même ténesme vésical.

Le 19 avril, je procédai à l'extirpation de la matrice, avec l'aide de M. le docteur Jules Boeckel, qui nous fit l'honneur de nous assister, et de MM. les docteurs Lévy, Hüter et Kreiss, et M. Schmoll, élève en médecine. Je n'insisterai pas sur l'opération, que je pratiquai selon la méthode de Czerny; je ferai seulement remarquer, qu'après le décollement de l'utérus de la vessie et l'ouverture du Douglas, le moment le plus difficile de l'opération fut de faire basculer la matrice; il fallut renoncer aux tentatives restées vaines et attaquer d'abord les parties latérales, lier les utérines et ainsi permettre à cette matrice hypertrophiée, mais plus mobile, d'être enfin, non sans peine, basculée en arrière; les ligatures des ligaments larges ne présentèrent aucune difficulté, et une fois la plaie étanchée, le vagin fut tamponné à l'aide de mousseline iodoformée.

L'examen de la pièce fit constater une dégénérescence sarcomateuse de toute la muqueuse, épaissie, à certains endroits, d'environ un centimètre.

Le soir, la malade était faible, mais ne se plaignit que de peu de douleurs; la température était de 38°8, le pouls de 120. Elle n'avait pas eu de vomissements.

Le 20, au matin, la température fut de 39°, le pouls de 132. Sensorium libre. Ventre légèrement douloureux. La malade avait uriné spontanément, sans douleurs ; elle se réjouissait de n'avoir plus son ténesme, mais se trouvait très faible. Le soir, temp. 39°4, pouls 132. La malade est altérée. Sensorium libre. Elle se plaint de douleurs abdominales et d'un peu d'oppression. Le pouls est faible et petit. A 1 heure du matin, collapsus, et mort au bout de vingt minutes.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XII

Sarcome de la muqueuse utérine et Myome de l'Utérus Par
WHITRIDGE WILLIAMS. [*in The American Journal of Obstetrics and...*, 1894, Tome XXIX.]

Marie Z..., 52 ans ; aucune histoire clinique.

L'utérus mesurait 14,5 centimètres de l'orifice externe du col au fond de l'organe, sa plus grande largeur étant de 11 centimètres. Sous le péritoine, près de l'insertion de la trompe gauche, se trouvait un petit nodule du volume d'une fève. Au niveau du fond, la paroi utérine était épaisse d'un centimètre ; sa partie inférieure était d'une épaisseur variable, car un fibrome, de 4 centimètres de diamètre, occupait sa paroi antérieure et s'étendait en bas jusqu'à l'orifice interne. La surface de ce fibrome était saillante dans la cavité utérine et présentait un aspect anfractueux, irrégulier, ulcéré. Le reste de la cavité utérine ne présentait aucune trace de sa membrane muqueuse normale, mais offrait aux regards une surface irrégulière, vilieuse, nécrotique, qui était constituée par un tissu mou, riche en vaisseaux, pénétrant en apparence jusque dans la couche musculaire. Au centre

de la paroi postérieure était un autre nodule, du volume d'une noisette, qui paraissait être un fibrome: Le col était intact, long de 3,5 cent.; sa paroi était épaisse de 0,8 cent. — Les trompes et les ovaires étaient normaux.

Examen histologique. — Des coupes portant sur différents points de la pièce montrent nettement que la néoplasie sarcomateuse est limitée à la surface interne de l'utérus et s'étend seulement à une courte distance dans l'épaisseur de sa paroi. Il est probable que le sarcome a débuté dans la muqueuse, mais comme il ne reste aucune trace de celle-ci, aucune preuve positive de ce mode de début ne peut être fournie.

Des coupes à travers la partie supérieure du gros nodule myomateux et les parties adjacentes de la paroi et de la cavité utérine démontrent nettement que la tumeur n'a pas pris naissance dans le myome, mais a seulement envahi les portions de celui-ci qui étaient adjacentes à la cavité utérine, comme elle l'a fait pour les autres points de la paroi.

La tumeur est un sarcome à cellules fusiformes et à cellules rondes, qui contient quelques cellules géantes, et peu de vaisseaux; il est absolument limité à la surface interne de l'utérus. D'une façon générale, ses parties les plus internes sont nécrosées et ne présentent que des débris de cellules et des restes de noyaux; un peu plus en dehors, le tissu est bien conservé et consiste en cellules fusiformes et cellules rondes, intimement unies, avec très peu de substance intercellulaire. Les cellules les plus petites sont à peine plus grosses que des leucocytes. En beaucoup de points, on voit de petits faisceaux de muscle lisse disséminés à travers le tissu sarcomateux, faisceaux qui augmentent de nombre et de volume à mesure que l'on approche de la surface externe de l'utérus, jusqu'à ce qu'on arrive sur du tissu musculaire bien évident, avec un petit nombre seulement

de cellules sarcomateuses dispersées entre ses fibres, région au-delà de laquelle la paroi utérine présente son aspect normal.

D'après l'étude de la pièce, on voit nettement que la tumeur envahit les parois utérines de dedans en dehors, et que dans sa marche elle atteint les myomes qui existent par hasard dans la paroi utérine, aussi bien que le tissu utérin parfaitement normal.

Les différents nodules myomateux, là où ils ne sont pas envahis par le sarcome, présentent un aspect microscopique typique, et renferment beaucoup de points en dégénérescence myxomateuse.

CONCLUSIONS

1° Parmi les différentes formes que peut affecter le sarcome de l'utérus, il en est une caractérisée par l'infiltration diffuse ou en nappe de la muqueuse de cet organe par des éléments sarcomateux : on peut l'appeler sarcome diffus de la muqueuse utérine.

2° C'est une affection très rare, et c'est pour cela que l'étude en a été négligée jusqu'ici.

3° Ses caractères sont cependant assez tranchés pour légitimer une description spéciale.

4° L'étiologie en est très obscure ; seul l'âge semble jouer à ce point de vue un rôle important : c'est surtout une maladie des femmes avancées en âge.

5° Le sarcome de la muqueuse utérine semble avoir une tendance à rester localisé à cette membrane ; la tunique musculaire échappe, pendant longtemps tout au moins, au processus de dégénérescence ; elle subit simplement de l'hypertrophie.

6° Au point de vue macroscopique, cette variété de sarcome se présente sous l'aspect de nodosités plus ou moins volumineuses, de bosselures arrondies tapissant toute l'étendue de la surface interne de l'utérus; au point de vue microscopique, elle est constituée le plus souvent par des cellules rondes, quelquefois par des cellules fusiformes, ou un mélange des deux.

7°. Les principaux symptômes de cette affection sont : des hémorrhagies utérines, de l'hydrorrhée, une augmentation progressive et régulière du volume de l'utérus, etc. La santé générale se maintient bonne assez longtemps.

8°. La coexistence du sarcome de la muqueuse et d'un hématomètre s'observe assez souvent; en raison même de cette fréquence, on est autorisé à penser qu'il existe entre les deux des relations de cause à effet.

9°. Les affections qui présentent le plus d'analogie avec cette variété de sarcome sont l'épithéliome du corps de l'utérus et l'endométrite chronique végétante; l'examen histologique seul permet d'établir un diagnostic exact.

10°. Le pronostic est très grave d'une façon générale ; mais, tandis qu'il est fatal si l'on abandonne l'affection à sa marche naturelle, il paraît moins redoutable si l'on intervient par l'hystérectomie totale.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : par le Président de la thèse,
F. GUYON

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ABEILLE. — Opération d'un sarcome fasciculé de l'utérus. *Courr. méd.*, Paris, 1885. XXXV, 126-128.

ABEL. — Ueber das Verhalten der Schleimhaut, etc. *Arch. f. Gynak.* XXXII. 271, 1888.

ABELUND LANDAU. — Beiträge zur path. Anat. des Endom. *Arch. f. Gynak.* XXXIV, 165-190, 1889.

AHLFELD. — Diffuse sarcomatöse Entartung des Uterus. *Wagner's Arch. f. Heilkunde*, VIII, 560, 1867.

ASLANIAN. — Un cas intéressant de fibro-sarcome télangiectasique de l'utérus, *Marseille médical*, 15 octobre 1894, XXXI, p. 585-590.

BACHE-EMMET. — Adeno-sarcoma of the uterus. *Am. J. of Obstetrics and*. 1890, avr., n° 4, p. 394.

BACON. — Un cas de Déciduome malin. *Am. J. of Obst.* Mai 1895.

BANTOCK. — Soft sarcoma. *The Brit. gyn. Journal London*, 1890. 1, VI, 119-125.

BEACH. — Du Déciduome malin, Paris. Th. de Doct. 1894.

BEATES. — Diffused sarcoma uteri with metastasis to liver and lungs. *Am. J. of Obs.* 1886, XIX, 505.

BEERMANN (O). — Ueber sarcoma uteri. Th. de Gottingen, 1876.

BEHNKE. — Zur radical operation des Sarcoma uteri. Th. de Zurich, 1890.

BEISSHEIM. — Reines Spindelzellensarkom des Uterus mit ueber-

greifen auf Portio und Scheide, nebst Histogenese. Th. de Wurzburg, 1890.

BIRCH-HIRSCHFELD. — Handbuch der path. Anat., II, Auf., Bd. II, 804, 1886.

BOLDT. — A sarcomatous uterus recovered by the combined method, *Am. J. of Obst.* 1890, mars, n° 3, p. 324.

BOTTINI. — Sarcoma uterino a larga base. *L'Osservatore Torino*, 1880, XVI, 455.

BRANDT. — Contribution à l'étude des lymphosarcomes primitifs de la muqueuse utérine. (En russe). *Rev. d'Obstétr. et de Gyn. Saint-Petersbourg*, 1891.

BROSSIN. — Uterus sarcomatus. Hystérectomie vaginale. *Rép. d'Univ. d'Obst. et de Gyn.* 14 mai 1890, n° 11, 462.

BROWN. — Sarcoma uteri. — *Am. J. Obst.* N. Y. 1880. XIII, 186.

BURNS(R). — Medullary sarcoma of the uterus. *Am. Journ. med. sc. Philadelphie*, 1861, XLI, 130-32.

BYFORD. — Probable sarcoma uteri. *The Am. J. of Obst.* 1890, septembre, 1013.

BYRNE (J.). — Intra-utérine fibro-sarcoma. *Ann. anat. and Surg. soc. Brooklyn*, 1880. II, 140-45.

CALLENDER. — Recurrent fibroid tumor of the uterus. *Trans. Lond. Path. Society*, IX, 327, 1858.

CARSON. — A mixed-celled sarcoma of the uterus. *Saint-Louis Courr. med.* 1885, XIV. 289-301.

CASINI. — Sarcoma dell'utero; isterectomia, peritonite, morte, *Gior. internaz. d. sc. med. Nap.* 1890, XII, 801-3.

CASSAGNY. — Regression de myome. *Arch. de Tocolog.* Paris, 1884, XI, 9-13.

CHIARI. — Ueber drei Fälle von primären Carcinom in Funden und Corpus des Uterus. *Wiener med. Jahrbucher*, 1877, p. 364.

CHIBRET. — Tumeur volumineuse de l'utérus; sarcome. *Bullet. de la Soc. anat.* séance du 26 mai 1890.

CHROBACK. — Beitrag zur kenntniss des Uterussarkoms. *Arch. f. Gyn.* 1872, IV.

CLAY (J.). — Clinical remarks on diffuse sarcoma of the uterus, *The Lancet, London*, 1877, I, 5, 47.

COE (H.-C.). — Round-celled sarcoma of the uterus. *The New-York med. Journ.* 1885, XLI, p. 134.

— Cases of sarcoma of the uterus. *New-York med. Journ.* XXXVIII, p. 65, 1883.

— Sarcoma corporis uteri ; vaginal hysterectomy, *The Am. J. Obst.* Juin, 1890.

COELHO (S.). — Hysterectomia vaginal pro tratamento de sarcoma uterino ; cura. *Med. contemp.* Lisbonne, 1893, XI, 49.

COLEMAN (W.). — A case of diffuse sarcoma of the mucous membrane of the uterus. *Amer. J. of Obst.* 1893, XXVIII, 811-15.

CORCORAN (W.). — Cysto-sarcoma of the uterus. *N. Y. med. J.* 1884, XL, 437.

CORNIL ET BRAULT. — *Bull. de la Soc. Anat.* janvier 1888, p. 57.

CORNIL ET RANVIER. — *Manuel d'Anat. Path.*

Mlle COUTZARIDA. — De l'hydroporrhée et de sa valeur séméiologique dans le cancer du corps de l'utérus. Th. Paris, 1884.

CRUVEILHIER. — *Tr. d'Anat. Path. générale*, 1856, Tome III, p. 693.

CULLINGWORTH. — Sarcoma of the uterus showing extreme cystic degeneration. *Trans. Path. soc. London*, 1893, XLIV, 119.

CUSHIER. — Fibro-sarcomata of the uterus and liver. *Proceed. of the N. Y. Path. Society*, 1889-90, 2-5.

DAKIN. — Sarcomatous uterus removed by vaginal hysterectomy. *Trans. of the Obst. Soc. London*, 1890, XXXII, 139.

DAVEZAC. — Sarcome utérin ; métrorrhagie constante. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1881-2, XI, 34-36.

DAWSON. — Sarcoma of the uterus *Am. J. of Obst. N. Y.* 1885, XVIII, 1884-86.

DEALE (H.). — Sarcoma fundi uteri. *Am. J. of. Obst.* XXXI, février 95, n° 2, p. 200.

DELAUNAY. — *Bull. de la Soc. Anat.* Juillet 1892.

DELBET. — *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, Tom. VIII. Maladies de l'utérus.

DOLÉRIS. — Sarcome diffus végétant de la muqueuse utérine. *Arch. de Tocologie*, 1887, p. 364.

DORAN. — Myoma of the uterus becoming sarcomatous. *Trans. Lond. Path. Soc.* XII, 1890.

EPPINGER. — Mittheilungen aus dem path. anat. Institut zu Prg. *Prager Vierteljahrsschr. f. d. pract. Heilkunde*, CXXVI, 9, 1875.

FABIUS. — *Ann. de Gynécol.* 1894, p. 224.

FEHLING (H.). — Ein Beitrag zur Lehre von den Kystischen Myomen des Uterus. *Arch. f. Gyn.* Berlin, 1874-5, VI, 531-540.

FENGER. — Fibro-cysto-sarcoma of the uterus. *Am. Journ. of. Obst.* XXI, 1200, 1888.

FOX et SEIP. — A case of recurrent fibroid. *The. med. and surg. Rep. Philadelph.* 1880, XLIII.

FREEBORN. — Sarcoma of the uterus and ovary. *Méd. Record*, N. Y. 1893, XLIV, p. 154.

FREUND. — Beiträge zur Pathologie des doppelten. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1, 231, 1877.

GALABIN. — Medullary sarcoma of the cervix. *Trans. of. obst. Soc. London*, (1878), 1879, XX, p. 323.

GARDNER. — Case of intra-uterine sarcoma with (probably congenital) atresia of the cervix. *Canada méd. and. surg. Journ. Montréal*, 1882-3, XI.

GARRIGUES. — Case of cysto-sercoma of the uterus without invasion of the mucous membrane. *N. Y. méd. Journ.* 1882, XXVI, 139-143.

GOTTSCHALK. — Ueber das sarcoma chorio-deciduo-cellulare. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 4 et 5.

ORENSER. — Spindelzellensarcom des Portio vaginalis. *Arch. f. Gyn.*, VI, 501, 1874.

GRIFFITH. — Sarcoma of vagina and uterus. *Trans. obst. soc. Lond.* (1886), 1887, XXVIII, 38.

GUSSEROW. — Sarcome des uterus. *Billroth-Lücke, Handb. d. Frauenkr.* Bd. II, 158, 1886.

— Ueber Sarcome des Uterus. *Arch. f. Gyn.* Berlin, 1870, I, 240-51.

HARTMANN. — Un cas de déciduome malin. *Bullet. de la Soc. Anat.* 3 octobre 1864, p. 723.

HAULTAIN. — Simple growths of the utérine mucosa. *Edinburgh méd. d.* 1893-4, XXXIX, 121-29.

HAYDEN. (D). — Case of sarcoma of the uterus. *Boston med. and. surg. J.* 1874, XC, 590-94.

HEGAR (A). — Das sarcom des uterus. *Arch. f. Gyn.* 1871, II, 29-47.

HOFMEIER. — Sarkoma Endometrii und Stuckehendiagnose. *Centr. f. Gyn.* 11 octobre 1890, 41, XIV, 721-28.

HONMAN (A). — Notes of a case of sarcoma of the fundus uteri. *Austral med. J. Melbourne*, 1887, n. s. IX, 454.

HOOPER (J. D. W.) — Diffuse sarcoma of mucous membrane of the uterus. *Austral. med. J. Melbourne*, 1894, n. s. XVI, 323-28.

HUNTER (J). — Sarcoma of the cervix uteri. *N. Y. med. J.* 1874, XXXIX, 395.

HUTCHINSON. — Recurrent fibroid tumor of the uterus. *Trans. Lond. Path. Society*, VIII, 287, 1857.

VON JACUBASH. — Vier Falle von uterus-sarcome. *Zts. f. Geb. und Gyn. Stuttg.* 1881, VII, 53-69.

JEANNEL. — Congrès fr. de Chir. 1894, et *Arch. de Tocol.* n° 7, juillet 95, p. 551.

JEFFREYS. — Sarcomatous tumour of anterior lip of uterus complicating labour. *The Lancet, London*, 1887, I, 1236.

JENKS (W. F.). — On sarcomatous growths of the uterus. *Obst. J. Great Brit. (Am. suppl.)*, Philad. 1873-74.

— Uterine sarcoma. *Michig. Med. News, Détroit*, 1880, III, 57.

JESSET (F. B.). — A case of a large polypoid growth in the uterus, taking on sarcomatous action. *The British gyn. journ. London*, 1894-5, X, 147-153.

JOHNSTON (G. W.). — Melanotic sarcoma of the cervix uteri. *Maryland Med. J. Baltimore*, 1888-9, 20, p. 428.

JOLY. — Mémoire sur un sarcome polypeux et squirrheux dans la matrice. *Journ. de Méd de Chir. et de Pharm. de Paris*, 1766, XXV, p. 551-3.

JOÜON ET VIGNARD. — *Arch. provinciales de Chirurgie*, déc. 1895.

VON KAHLDEN. — Ueber destruierende Placentarpolypen. *Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* II, 54, 1891.

VON KAHLDEN. — Das Sarkom des Uterus. *Beitrag. z. path. anat. u. z. allg. Path. Jéna*, 1893, XIV, 174-224.

KALTENBACH. — Sarcome de l'utérus. Communication au Congrès de Berlin. 1890.

— Erfahrungen über Uterus-sarkom, *C. f. Gyn.*, 1890, sup. 131.

KATZ (J.). — Ein Fall von Sarkom des Uterus. 8. Kiel, 1887.

KAY (T.). — Uterine adeno-sarcoma with pyometra. *Maryland med. J. Baltimore*, 1880-9, XX, p. 286.

KELLER (C.). — Zur diagnose des Schleimhaut sarcoms des Uterus Korpers *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd. XX, hft. I, p. 116.

KLEBS. — Metastasen von myomen. *Allg. Path.* II, 704, 1889.

KLEIN. — *Arch. für Gynak.*, 1894, Bd. XLII, p. 243.

KLEINSCHMIDT. Ueber primäres Sarcom. des Cervix uteri, *Arch. f. Gyn.* XXXIX, 1-16. 1891.

KLOB. — Das carcinom des uterus. *Path. Anat. d. weibl. sexual-organe, Wien*. 1864, 191.

KOETTNITZ. — Ueber chorio-deciduale Tumoren malignen Charakters. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, mai 1893, p. 493.

KUNDRAT. — Zwei Fälle von Fibroiden des Uterus, die in Sarkom überggegangen sind. *Wiener med. Bl.* IV, 449, 1883.

KUNERT. — Ueber sarcoma uteri *Arch. f. Gyn.* 1873-4. Berlin, VI, 111-122.

KUNITZ. — Ueber Papillome der Portio vaginalis, D. i. Berlin, 1885.

KUPPENHEIM (R.) — Sarcome déciduo-cellulaire. *Centralbl. f. Gyn.* Août 1895.

LANGENBECK. — Präparat einer vollständig invertirten (sarcomatösen) Gebärmutter *Monatschr. f. Geburtsh.*, XV, 173, 1860.

LARGEAU. — *Bull. de la Soc. Anat.*, mai 1889.

LAURENT. — Fibro-myomes et sarcomes utérins. *La Clinique de Bruxelles*, 1894, VIII, 629-35.

LEBERT. — *Phys. path.*, t. II, p. 155, 1845.

LEE (S.) — Von der Geschwülsten der Gebärm. Berlin, 1847.

LÉOPOLD. — *Arch. f. Gyn.* Berlin, 1871, II, 29-47.

LEWERS. — A case of circumscribed sarcoma of the vagina and uterus *Trans. obst. soc. London* (1886), XXVIII, 1887, 78-82.

LOBELL. — Ein Fall von sarcom der Uteruswand. Th. Freib. i. B. 1888.

LOHLEIN. — *Centralbl. f. Gyn.* 1893.

LUSK (W). — Sloughing sarcoma of the uterus. *N. Y. med. J.* 1882, XXXV, 340-2.

MAC-MURTY. — Sarcoma of the uterus; total vaginal extirpation of the uterus; recovery. *Med. progr. Louisville*, 1890, IV, 829.

MARTIN. — *Centralbl. f. Gyn.*, VIII, 401, 1884.

MAYER (C). — Fall von Extirpation eines medullar-sarkoms aus der Gebärmutterh. *Verh. d. Ges. f. Geb. in Berl.* (1858-9), 1860, XII, 19-22.

- MAYER. — *Virchow's Archiv.*, Bd. LXVII, 1878.
- MENGE. — Ueber sarcoma Deciduocellulare, *Centralb. f. Gyn.* 1894, n° 11, p. 264.
- MÉNIÈRE. — *Gaz. de Gyn.* Paris, 1885-6, 97-101.
- MULLER (P). — Ueber das Deciduoma malignum. Verh and lungen der IV congresses für Gynak., p. 341, 1891.
- MUNDÉ (P). — Sarcoma of the cervix. *Am. J. Obst.* 1894, XXX, 545.
- NEWTON. — Ostéo-sarcoma of the uterus. *Proced. of the Connect. med. Soc.* III, n° 1, 34.
- NICAISE. — Sarcome de l'utérus. *Ann. de Gyn.* Paris, 1881, XV, 437-444.
- NOVÉ-JOSSERAND et LACROIX. — *Ann. de Gynécol.* 1894, p. 103.
- OELHO. — Hysterectomia vaginal para tratamento de sarcoma uterino : cura. *Med. contemp.*, Lisbonne, 1892, X, 191.
- ORTH. — Uterussarcom. Lehrbuch der spec. path. Anat. Bd. II, Lief III., 1893.
- ORTHMANN. — Myo-sarcoma utéri intra-parietale. *Centralb. f. Gyn.* X, 815. 1886.
- Zwei Fälle von Uterussarcom. *Centralb. f. Gyn.* XI, 780, 1887.
- OZENNE. — Sarcome kyste en grappe de la muqueuse utérine. *Revue d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1894, X, 188-93.
- PAGET. — Recurrent fibroid tumors. *Lectures on Surg. Path.* London, 1863, 575-583.
- PAVIOT. — *Province médicale* nos 2, 3, 6, 8, 1894, et *Ann. de Gyn.* Avril 94, XLI, p. 306.
- PÉAN. — *Gaz. des Hôp.*, 24 mars 1877.
- PERNICE. — Ueber ein traubiges myosarcoma striocellulare uteri. *Arch. f. path. anat.*, Berlin, 1888, CXIII, 46-62.
- PERSKE (A). — Ein Fall von Sarcoma deciduo-cellulare. *Ank-lam G. Klesse*, 1894.

- PESTALOZZA. — Contributo allo studio dei sarcomi dell'utero, Morgagni, Milano, 1891, XXXIII, 517-557.
- PFANNENSTIEL. — Das traubige Sarcom der Cervix uteri. *Arch. f. path. anat.* Berlin, 1892, CXXVII, 305-337.
- PFEIFFER. — Ueber eine eigenartige Geschwulstf. des uterus fondus. *Prager med. Wochenschrift*, 1890.
- PILLIET. — *Bull. de la Soc. Anat.* Janvier 1894.
- Th. de Costes, Paris, 1895.
- *Tribune médicale*, février 1895.
- POLK (W.). Diagnosis of sarcoma of the uterus. *N. Y. med. J.* 1881, XXXIV, p. 180.
- POST. — Recurring uterine fibroma. *Med. Record*, N.-Y. 1880, XVIII, p. 691.
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- QUÉNU. — Tr. de Chirurgie de Duplay et Reclus, tome I, Tumeurs.
- RABL-RUCKARDT. — Sarcoma uteri carcinomatodes mit spontaner Austossung. *Beitr. z. Geb. u. Gyn.* Berlin, 1870-72, 1, 76-78.
- RATTONE (G.). — Sul Deciduoma. *Atheneomed. Parm.* Parma, 1890, IV, 36-41.
- RAYMOND. — *Progr. méd.*, Paris, 1881, IX, 711-714.
- REIN. — Myxoma enchondromatodes arborescens colli uteri. *Arch. f. Gyn.* XV, 1880.
- RHEINSTEIN. — Rienzellensarkom des Endometrium. *Arch. f. path. anat.* Berlin, 1891, CXXIV, 507-21.
- RITTER. — Ueber das Myosarkom des Uterus. Th. de Berlin, 1887.
- ROGIVUE. — Du sarcome de l'utérus. Th. de Zurich, 1876.
- ROKITANSKY. — *Lerbuch. der path. anat.*, 1861, t. III, p. 485.
- ROSAPELLI. — *Bull. de la Soc. Anat.* 1872.
- ROTHWEILER. — Ueber das sarcom des Uterus. Th. de Berlin (1887).

SANGER. — Ueber deciduoma-malignum. *Centralb. f. Gyn.* 1889, 132.

SCANZONI. — Lehrbuch der krank. der weiblichen sex. org. V. Auf. 1875, 366-78.

SCHATZ. — Entzündetes Myom des Uterus täuscht ein myosarcom vor. *Arch. f. Gyn.* IX, 1876, p. 145.

SCHAEFFER. — Observat. d'un cas de sarcome de la matrice. *Mémoires de la Soc. de méd. de Strasbourg*, XXIII, 230-233, 1886.

SCHMORL. — Ueber malignes Deciduom. *Centralb. f. Gyn.*, 1893. N° 8.

SCHROEDER. — Das Sarcom des Uterus. — Handbuch der Krank. der weibl. Gesch. IX, Auf. 340, 1889.

SEEGER. — Ueber Sarkom des Uterus. Th. Berlin 1891.

SIMPSON (A). — Sarcoma uteri. *Obst. J. Gr. Brit.*, London, 1875-6, III, 759-774.

SINÉTY (De). — Traité de Gynécologie.

SMITH (T). — Sarcoma and multiple mucous polypi of the uterus, in a child. *Am. Journ. of Obst. N. Y.* 1883, XVI, 555, 668.

SPIEGELBERG. — Sarcoma colli utéri hydropicum palpillare. *Arch. f. Gyn.* Berlin, 1879, XIV, p. 178.

— Casuistische Mittheil. zu den Sarcom des Uterus. *Arch. f. Gyn.* IV, 1872, p. 344.

STROWISKI. — Extirpation of a pedunculated fibro-myoma of the uterus, etc. *Chic. M. J. and. Exam.* 1879, XXXIX.

TANNEN. — Ein Fall von Sarcoma uteri deciduo-cellulare. *Arch. f. Gynak.* 1895, XLIX, 1.

TERRIER. — Séance de l'Académie de Médecine du 15 mars 1881.

TERRILLON. — Sarcome de la muqueuse utérine et hématomètre. *Bull. et Mém. de la Soc. de Ch. Paris*, 1886, XII, 157-168.

— Sarcome du fond de l'utérus. *Bull. et M. de la Soc. de Ch. Paris*, 1889, XV, p. 667.

— Sarcomes de l'utérus. *Bullet. gén. de Thérap.* Paris, 1890, CXIX, 496.

THOMAS. — Sarcoma of the uterus. *Méd. and. surg Rep. Philad.* 1879, XL.

THORNTON. — Myoma of the uterus becoming sarcomatous. *The Brit. med. Lond.* 1890, T. I, 1069.

TRÉPANT. — Laparotomie et drainage vaginal pour fibro-sarcome de l'utérus. *Gaz. méd. de Picardie.* Amiens, 1894, XII, 117.

VALAT. — De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus. Th. Paris, 1888.

VALENTIN. — Repertorium fur anatomie and physiol. 1837, t. II, p. 275.

VEIT (G). Medullarsarcom der Gebarm. *Krank der weibl. Gesch.* II. Auf. 1867, 413.

VIGNARD. — Sarcome intra-pariétal de l'utérus. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1888, LXIII, 636-39.

VILLENEUVE. — Fibro-sarcome de l'utérus ; hystérect. abdom. *Ann. de l'Ec. de méd. et de Pharm. de Marseille*, 1892, p. 278-80.

VIRCHOW. — Medullarsarcom des Uterus. *Verh. d. Berliner Gesell. f. Geb.* XII, 1860.

— Die Krankhaften Geschwülste. Bd. II. 1864-5.

WALDEYER. — Ueber den Krebs. Volkmann's Samml. Klin. Vorträge. N° 33, 1872.

WEBER. — Ueber die Neubildung querg. Muskelfarsen. *Virchow's Archiv.* XXXIX, 1867.

WENZEL. — Ueber die Krankl. des uterus. Mainz, 1816, p. 89 et 120.

WEST. — Leçons sur les maladies des femmes, 1864.

WHITRIDGE WILLIAMS. — *Am. J. of. Obst.* 1894, XXIX, 721-64.

WILKS. — Recurrent fibroid disease. *Lectures on Path. Anat.* 1859, 404.

WINCKEL. — Zwei Fälle von Uterus Sarkom. *Arch. f. Gyn.* Berlin, 1871-72, III.

WINCKLER. — Ein weiterer Fall von Sarcoma papill. Hydr. cervicis. *Arch. f. Gyn.* XXI, 1883.

YAMATA. — Clinical observations on sarcoma of the uterus. *Tokyo méd. Weh.* 1892, n° 763.

ZENKER. — Zur Lehre von der met. der Sarcom. *Virchow's arch.* CXX, 1890.

ZWEIFEL. — Drei Fälle von vaginalen Total extirpation des uterus. *Centralb. f. Gyn.* VIII, 1884, 401.

SARCOME DIFFUS DE LA MUQUEUSE UTÉRINE

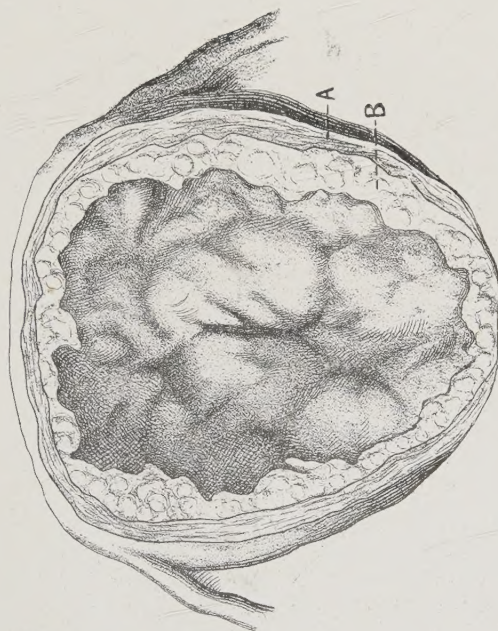


FIG. I. — Observation de MM. Jolion et Vignard. Coupe transversale et longitudinale de l'utérus sarcomateux.
Légende : A. Couche musculaire. B. Couche néoplasique.



FIG. II. — Empruntée à Gusseron.

